23.A.408.

This work must be consulted
in the Boston Medical Library
8 Fenway

Accessions
378,611

Shelf No.
3755.59
Vol. 4.

FOUNDED 1852
SIC UT PATRIBUS SIC DEUS NOBIS
BOSTONIA
CONDITA A.D.
1630.
SUMMAM REGIONE DONATA A.D. 1822.
BOSTON PUBLIC LIBRARY

FROM THE
Pierce Fund.
April 19, 1886.

Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/mmoiresdechiru04vern

MÉMOIRES DE CHIRURGIE

TOME QUATRIÈME

TRAUMATISME

ET

COMPLICATIONS

PAR

LE Dr A. VERNEUIL

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, ETC.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

BOULEVARD SAINT-GERMAIN EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

M DCCC LXXXVI

MÉMOIRES DE CHIRURGIE

TOME QUATRIÈME

TRAUMATISME ET COMPLICATIONS

Les Mémoires de chirurgie par M. le professeur Verneuil, paraissent à des intervalles indéterminés par volumes in 8° dont chacun est vendu séparément.

Les volumes publiés jusqu'à ce jour sont ainsi répartis :

Tome I. — *Chirurgie réparatrice*. . . . . 15 fr.

Tome II. — *Amputations, doctrine septicémique, pansements antiseptiques*. . . . . 15 fr.

Tome III. — *États constitutionnels et traumatisme*. . 12 fr.

Tome IV. — *Traumatisme et complications*. . . . 15 fr.

Bourloton. — Imprimeries réunies, B.

MÉMOIRES DE CHIRURGIE

TOME QUATRIÈME

TRAUMATISME

ET

COMPLICATIONS

3755.57
Vol 4

PAR

LE Dr A. VERNEUIL

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, ETC.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

M DCCC LXXXVI

Pier.
878.611
Apr. 19. 1816

Je dédie de grand cœur ce quatrième volume de mes *Mémoires de chirurgie* à mes bons et fidèles amis de province :

MM. les professeurs : Denucé, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Bordeaux ;

Azam, professeur de clinique chirurgicale à la même Faculté ;

Ollier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon ;

Leudet, directeur de l'École secondaire de Rouen ;

MM. les docteurs A. Morvan (de Lannilis) et S. Pierre (d'Autun), mes anciens camarades d'internat.

PRÉFACE

Je reproduis en tête de ce volume le discours que j'ai prononcé en août 1885 à Grenoble, comme président de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Ce discours, que j'avais écrit de prime-saut, sans autre intention que celle d'être sincère et surtout utile aux honnêtes gens, qu'ils soient clients ou praticiens, a été fort diversement jugé. Les gens du monde, que je n'avais guère ménagés, n'ont point protesté, au contraire; plusieurs de mes collègues de la faculté ou des hôpitaux de Paris ou de province, m'ont félicité chaudement, même par lettres que je conserve précieusement; mais par contre, j'ai pu lire dans la presse médicale des articles, signés ou anonymes, froids, aigre-doux ou nettement hostiles. Un correspondant de journal étranger a été éclectique; il a fort loué les phrases où je disais à nos clients leur fait, et trouvé très médiocres les phrases où je désapprouvais quelques agissements des chirurgiens passés ou présents; il eût fallu je crois, pour contenter ce confrère, être tout fiel pour les uns et tout miel pour les autres; il me semble qu'il valait mieux être juste et répartir le blâme d'après les torts de chacun. Ce qui m'a le plus frappé, dans les appréciations venues à ma connaissance, c'est que, faute sans doute d'avoir lu mon discours en entier, ceux qui l'ont critiqué n'ont pas vu :

1° Que je ne condamnais point l'usage des opérations même les plus graves (les ayant pratiquées pour ma part à peu près

toutes), mais seulement l'abus regrettable qu'on en avait fait, qu'on en faisait actuellement et qu'on paraissait vouloir en faire encore;

2° Que je soutenais de mon mieux les principes de la chirurgie française contre certaines prétentions et exagérations de la chirurgie étrangère.

A la vérité, et sur ce dernier point, j'aurais dû me rappeler que quelques-uns pensent et disent qu'en fait de science, le patriotisme ne doit point exister, ce que je n'accepte pas, au moins pour le présent, quitte à l'admettre le jour où Messieurs nos collègues étrangers voudront bien se donner la peine de connaître, de citer et de juger équitablement nos travaux.

J'avoue que j'ai peine à comprendre le calme et la résignation avec lesquels on accepte chez nous le dédain affecté, le dénigrement systématique et parfois même l'impertinence dont nos rivaux font preuve à notre égard. Pour ma part j'estime qu'il faut rendre coup pour coup, et qu'étant donnés les rôles respectifs du loup, du mouton et du chien, il faut au moins comme ce dernier mordre qui vous attaque.

J'avais songé un instant à discuter avec mes contradicteurs pour les convaincre, pièces en main, que je n'avais rien exagéré dans mon réquisitoire, que j'aurais pu même rendre infiniment plus sévère. Mais j'ai renoncé à ce projet et je me contenterai de reproduire l'opinion d'un homme dont les jugements en fait de déontologie médicale font loi aussi bien sous le rapport scientifique qu'au point de vue professionnel; je publierai donc un article de M. Dechambre, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*, avec les quelques lignes que j'ai cru devoir lui répondre.

J'y joindrai les paroles que j'ai prononcées en ouvrant cette année ma clinique chirurgicale. J'y fais, et je ne m'en cache pas, mon apologie; mais en vérité quand on est aussi ridiculement accusé que je l'ai été et que je le suis tous les jours par un petit groupe de collègues, il est bien permis de se défendre un peu.

Le lecteur impartial, après avoir parcouru ce petit dossier, jugera de quel côté est la justice.

Mesdames, Messieurs[1],

Ceux d'entre vous qui connaissent mon faible penchant pour les honneurs doivent être assez surpris de me voir présider aujourd'hui l'Association française, car, si je n'ai jamais refusé le labeur ni la lutte, j'ai toujours voulu travailler et combattre en humble ouvrier ou en simple soldat, sans désir ni prétention de dominer les autres.

Un jour, plusieurs d'entre vous m'ont dit qu'il fallait pourtant prendre le commandement, et pour m'y décider, ils ont prononcé les deux mots magiques : *Science et Patrie*, qui nous servent de devise. Ils m'ont affirmé que, dans les limites de mon influence, je pouvais être utile à la patrie et à la science françaises, et voilà pourquoi je suis pour quelques jours à votre tête.

Une fois mon parti pris, j'ai dû penser à faire un discours, comme l'usage le commande, et à choisir un sujet capable de vous intéresser quelques instants. Les sciences biologiques m'en devant fournir le sujet, je n'avais que l'embarras du choix. Il m'eût suffi d'ouvrir les livres d'un de nos compatriotes ayant nom Claude Bernard, Pasteur, Charcot, Davaine, Villemin, — j'en passe, et des meilleurs, — pour y trouver

1. Discours prononcé à la séance d'ouverture du congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Grenoble (20 août 1885).

matière à une œuvre oratoire, où j'aurais pu, sans chauvinisme, exalter les grandeurs de la science française moderne, que nos ennemis se plaisent si sottement à dire en décadence.

Mais j'ai songé aussi à la profession que j'exerce et cru bon de vous parler de médecine, et de vous en parler en médecin. La tentative ne laisse pas que d'être hardie. En effet, c'est comme savant que je suis investi de la dignité présidentielle, et c'est comme tel que je dois pérorer. Or, vous n'ignorez pas qu'on a voulu exclure la médecine du cercle des sciences, pour la ranger simplement parmi les arts. Il ne faut pas remonter le cours des siècles pour rencontrer cette opinion singulière; quelques contemporains, très haut placés et fort éminents, j'en conviens, l'ont professée, au reste, sans l'appuyer sur des arguments bien solides.

Je ne vois guère de meilleure occasion que celle-ci pour protester et pour inscrire résolument parmi les sciences cette partie des connaissances humaines qui sert à nous introduire dans le monde, à nous y maintenir le plus longtemps possible; à développer, à entretenir, à restaurer, à protéger nos organes; qui nous rend toujours des services, sans jamais nous nuire; qui, enfin, joint à ses mérites propres le bienfait de conserver en bon état et en bonne santé les savants mêmes qui en médisent et la dénigrent.

Mais, direz-vous, ce préjugé contre la médecine n'existe point dans notre compagnie; l'Association française compte dans ses rangs un grand nombre de médecins, sa douzième section est exclusivement consacrée aux sciences médicales; enfin, sur les quatorze présidents qu'elle a désignés jusqu'à ce jour, cinq au moins avaient le diplôme de docteur.

Ce dernier détail paraît décisif, mais je ferai observer que c'est comme chimistes, physiologistes ou anthropologistes que nos éminents confrères ont parlé dans les séances solennelles précédentes, et que nul ne vous y a entretenu de la médecine telle qu'elle se pratique tous les jours. Et pourtant, que de choses à dire pour la vulgariser, la répandre, en démontrer

la valeur! que d'efforts à faire pour dissiper la quantité de préjugés et d'erreurs qui règnent encore à son égard dans les masses populaires! Chose singulière, de toutes les sciences appliquées, la médecine, qui est incontestablement la plus utile, se trouve être la plus contestée; c'est la plus difficile, et c'est celle sur laquelle tout le monde se croit capable de discourir, je devrais dire plutôt de divaguer.

Et puisque je parle de préjugés, permettez-moi de combattre quelques-uns des plus anciens, des plus répandus et des plus fâcheux. Ils ont trait à la chirurgie.

Vous n'êtes pas sans savoir qu'à une époque indéterminée, mais fort reculée, on a divisé l'art de guérir en deux branches, la médecine proprement dite et la chirurgie. A chaque siècle, il s'est trouvé de grands esprits pour déplorer cette scission et en démontrer les dangers, mais ils ont prêché dans le désert, et plus nous allons, plus il semble que la séparation s'accentue. Les médecins avouent, sans rougir, ne rien connaître à la chirurgie, et les chirurgiens, s'ils ne le proclament pas, prouvent, hélas! trop souvent qu'ils ne savent guère de médecine.

Tout le monde est complice de cet état de choses; tout le monde en souffre, mais personne ne s'en plaint. Il est même curieux de voir comment le public (et j'entends par là la masse commune des citoyens, depuis le membre de l'Institut jusqu'au prolétaire) juge la dichotomie en question et fait à sa manière le parallèle entre les deux branches de l'art de guérir.

Vous entendez d'abord beaucoup de gens vous dire avec un imperturbable sérieux qu'ils croient à la chirurgie et non à la médecine, et, quand vous leur demandez pourquoi, ils vous répondent non moins gravement que la chirurgie est un art positif, et la médecine un art conjectural, que la première fait tous les jours des progrès, tandis que la seconde n'a pas avancé depuis Hippocrate, que le chirurgien agit à ciel ouvert et voit ce qu'il fait, tandis que le médecin procède à l'aveugle sur des organes profonds, inaccessibles, mystérieux... et autres balivernes.

Après cet hommage flatteur rendu à la chirurgie, vous allez croire que le beau parleur accorde toute sa confiance à ceux qui la pratiquent. Il n'en est rien; sur vingt sujets auxquels nous offrons les secours de notre adresse et de notre arsenal, quinze pour le moins commencent par refuser, et si quelque médecin, quelque apothicaire, un rebouteur, voire un simple herboriste, fait entrevoir la guérison, avec des simples, des emplâtres, l'omnipotent massage ou les courants plus ou moins continus, l'apôtre convaincu de la chirurgie se met aussitôt entre ses mains.

Un second préjugé consiste à croire que les affections chirurgicales ne sont justiciables que des moyens violents, soit le fer, soit le feu. Aussi compare-t-on souvent le chirurgien à un boucher ayant du sang jusqu'au poitrail et taillant la chair à grands coups. Quelques personnages plus mal élevés que les autres et pensant faire de l'esprit à nos dépens, nous traitent de charcutiers, sans songer qu'ils s'assimilent alors, irrévérencieusement et sans y être forcés, à l'immonde pourceau, le plus impur des quadrupèdes.

Or, il suffit de parcourir un service où l'on admet indifféremment toutes les affections du ressort de la pathologie externe pour se convaincre qu'un grand nombre de malades sont soignés et guéris sans perdre un millimètre de leur peau ni une goutte de leur sang, les uns à l'aide de médicaments internes ou externes tout semblables à ceux qu'on emploie en médecine, les autres par les seules ressources de ce qu'on appelle la petite chirurgie, c'est-à-dire par une série d'actes manuels forts bénins et qui ne portent nulle atteinte à l'intégrité des organes.

Pour les contusions, les entorses, les plaies légères, les brûlures superficielles, les inflammations circonscrites, nous nous contentons d'appliquer des topiques variés; pour les blessures plus graves, les inflammations plus profondes, nous employons les pansements perfectionnés antiseptiques et antiphlogistiques et les révulsifs : sangsues, ventouses, vésicatoires

volants; mais nous faisons jouer le plus grand rôle au repos, au régime, à la position des membres, à l'immobilisation rigoureuse de la partie malade, etc.

Pour les fractures, les luxations, les affections articulaires, qui forment un si gros contingent, l'action manuelle est indispensable, mais le sang ne coule pas encore, et, dans l'immense majorité des cas, le traitement n'utilise que des agents inoffensifs : les bandes, les compresses, les substances solidifiables et les appareils orthopédiques.

Si de la chirurgie générale nous passons aux spécialités, nous retrouvons la même proportion entre les moyens doux et les opérations violentes; en ophthalmologie, en otologie, en laryngologie, en urologie, en gynécologie même, la médecine opératoire intervient relativement si peu, que les spécialités en question sont exercées tout aussi bien par les pathologistes internes que par des chirurgiens de profession. Quant à la dermatologie, qu'on exclurait difficilement de la pathologie externe, extérieure si l'on veut, chacun sait que les opérateurs ne s'en occupent point.

Je ne suis pas en mesure de fournir des relevés numériques capables de satisfaire les statisticiens, mais je crois pouvoir dire que sur cent malades qui consultent un chirurgien ou entrent dans ses salles, un quart, à peine, un cinquième plutôt subissent une opération véritable. Il y a loin de là à l'opinion qui assimile un service de chirurgie à une succursale de l'abattoir.

D'après une imputation plus sérieuse, non seulement les chirurgiens opéreraient sans cesse par passion, par habitude, par métier, tout comme les voyageurs voyagent et les présidents président, mais de plus ils feraient maintes fois des opérations inutiles ou qu'ils pourraient facilement éviter. C'est à qui citera des faits accusateurs. Celui-ci raconte qu'ayant été grièvement blessé, on lui a présenté l'amputation comme indispensable; il a refusé et il a conservé sa vie et son membre. Celui-là avait une tumeur : l'ablation devait être la seule

planche de salut, quelques frictions et quelques pilules l'ont guéri.

Un troisième cite l'exemple d'un ami qui portait au cuir chevelu une innocente loupe : un chirurgien ayant conseillé et pratiqué l'extirpation, un érysipèle est survenu qui a entraîné la mort en quelques jours. Un quatrième accuse la chirurgie d'avoir abrégé une existence qui lui était chère. Sa vieille mère supportait tant bien que mal une tumeur du sein, avec laquelle elle aurait pu vivre quelques mois, quelques années peut-être. Un opérateur promet la guérison, on le laisse faire, et au bout d'une semaine on porte en terre la pauvre femme.

Il y a quelque quinze ans, ce qu'on appelle tout Paris s'émut fort du fait suivant : un avocat bien connu allait partir pour la campagne, son chirurgien pratique sur lui, en courant pour ainsi dire, la petite opération du cathétérisme : quatre jours après, on commandait les billets de faire part.

Je pourrais remplir des pages entières de récits de ce genre, que chacun répète et colporte avec plus ou moins de malveillance et qui compromettent singulièrement l'honneur et la dignité professionnels. Mais je crois mieux faire en examinant en toute sincérité le vrai et le faux de ces préjugés et de ces allégations, qui peuvent se résumer de la façon suivante : confiance irraisonnée dans la chirurgie, suspicion blessante et injuste contre les chirurgiens.

Je ne m'arrêterai pas à discuter la fréquence plus ou moins grande des opérations. Tant qu'elles seront nécessaires, leur nombre ne prouvera rien ni pour ni contre leur légitimité. Un praticien très répandu opère beaucoup parce que beaucoup de malades ayant besoin d'être opérés viennent à lui. Un jour de grande bataille, le chirurgien militaire le plus conservateur abat cinquante membres et en abattrait cent si ses forces et son temps le lui permettaient. Lorsque, aux siècles passés, la saignée était fort en honneur, les barbiers en vogue saignaient du matin au soir parce que les médecins ne daignaient pas ouvrir la veine.

La question n'est pas de savoir si nous opérons *souvent*, mais si nous opérons *trop souvent*. Car la quantité par elle-même ne constitue pas l'excès, et, si l'on condamne l'abus, personne ne songe à proscrire l'usage. Qu'avons-nous donc à répondre?

Reconnaissons d'abord franchement que certains cas traités par l'opération aurait pu guérir sans elle; ainsi, une fracture compliquée pour laquelle nous amputons; une tumeur blanche pour laquelle nous réséquons. Mais sommes-nous coupables d'avoir amputé ou réséqué? Nullement, car si nous avons pris le couteau et la scie, c'est en nous appuyant sur le calcul des probabilités. La conservation nous offrait vingt chances de salut, le sacrifice du membre en promet quarante; en expropriant ce membre pour cause d'utilité générale, nous avons agi en véritables conservateurs.

Sans doute, on pourra dire que parfois ce calcul des probabilités qui nous sert de guide est faux; que pour les fractures de cuisse par armes à feu, par exemple, il est parfaitement démontré de nos jours que l'amputation, considérée par nos pères comme pouvant seule sauver la vie, la compromet, au contraire, beaucoup plus que la conservation, — que, d'ailleurs, les probabilités peuvent changer d'un moment à l'autre par l'introduction ou la suppression d'un facteur, — qu'ainsi la fracture compliquée de la jambe, dont la guérison sans opération était fort problématique il y a vingt ans, se comporte de la manière la plus bénigne, sans la moindre intervention chirurgicale depuis qu'elle est pansée antiseptiquement. D'où cette conclusion que le chirurgien qui, en 1885, amputerait d'emblée certaine jambe brisée, commettrait la même faute que le chirurgien qui, en 1860, ne l'eût point aussitôt coupée.

Je rappelle ces faits aux amis trop bienveillants de la chirurgie, qui lui accordent une précision et une sûreté qu'elle ne possède malheureusement pas encore.

Combien serait longue, en effet, la liste de nos incertitudes, de nos hésitations, des difficultés de tout genre qui nous atten-

dent quand nous voulons porter certains diagnostics, poser certains pronostics, juger enfin l'efficacité d'un traitement et l'opportunité d'une opération !

Si, dans les cas précédents, où la vie est en danger pressant, on opère quelquefois mal à propos, la faute en est souvent à la théorie, qui est encore indécise, et le praticien peut se croire excusable ; il l'est moins dans la circonstance suivante :

Pour un cas de moyenne gravité, il propose une opération ; le patient la refuse, consulte ailleurs, fait un traitement pharmaceutique, n'emploie que des moyens doux, et finalement guérit. Le public, en pareille occurrence, est très sévère à notre égard ; pensant que l'opération n'était pas nécessaire, puisqu'on a pu s'en dispenser, il nous blâme vertement de l'avoir conseillée. Nous nous défendons en invoquant l'impuissance ordinaire ou la lenteur des traitements de douceur, les sollicitations des malades, qui sont toujours pressés de retourner à leurs affaires ou à leurs plaisirs, qui n'ont jamais le temps de se soigner, et qui ne se gênent pas d'ailleurs pour nous accuser de traîner leur mal en longueur, quand nous parlons de le traiter pendant des semaines, des mois ou des années.

Certainement nous n'avons pas toujours tort ; mais le vulgaire non plus. D'abord nous faisons parfois des erreurs de diagnostic, prenant, je suppose, un accident tertiaire pour un néoplasme ; puis, des erreurs de pronostic, considérant comme au-dessus des ressources de la nature ou de la thérapeutique ce que l'une et l'autre, isolées ou réunies, peuvent parfaitement guérir. Puis, quelques-uns manquent de persévérance, car, il faut bien le dire, s'il y a des clients impatients, il y a aussi des chirurgiens trop pressés, et si les premiers disent : *Time is money*, je soupçonne les autres de murmurer tout bas : *Operation also is money*.

Il y a un moyen bien simple d'éviter les erreurs de pronostic, et, par suite, les commentaires malveillants, c'est de proclamer l'opération comme le public le fait d'ailleurs, la ressource

extrême, l'*ultima ratio*, et de ne l'appliquer qu'après avoir épuisé tous les moyens moins sévères.

Or, sans vouloir calomnier mes confrères, j'affirme que certains d'entre eux n'agissent pas ainsi. Pour justifier l'intervention chirurgicale intempestive ou prématurée, ils se contentent de dire que *tous* les moyens ordinaires ont été épuisés, mais ils oublient d'énumérer ces moyens réputés infructueux, imitant en cela les bonnes gens qui, pour s'excuser d'aller chez les charlatans et les somnambules, se disent abandonnés de *tous* les médecins (c'est l'expression consacrée), alors qu'ils ont consulté en passant un ou deux praticiens obscurs, trois pharmaciens, un droguiste, le vétérinaire et la sage-femme du lieu.

Maintes fois, en interrogeant des malades qui venaient me consulter avant de refuser ou d'accepter une opération, j'ai été frappé de l'insuffisance des moyens thérapeutiques qui leur avaient été prescrits. Maintes fois, je les ai envoyés chez le pharmacien ou le bandagiste, aux stations d'eaux ou sur le bord de la mer, et les ai vus revenir entiers et bien portants au bout de quelques semaines ou de quelques mois. J'ai toujours été, je l'avoue, très heureux et très fier de ces victoires de l'art conservateur. C'est par elles surtout qu'on acquiert la confiance et la reconnaissance des malades, qui, par contre, gardent toujours quelque rancune au chirurgien qui les avait condamnés à subir une mutilation superflue.

Le vulgaire se trompe étrangement quand il nous croit plus intéressés à opérer qu'à guérir. Certes, au point de vue matériel, nous paraissons souvent lésés, lorsque l'heure de la rémunération étant venue, on nous offre généralement quatre fois moins pour avoir conservé laborieusement un membre que pour l'avoir lestement retranché. Mais, en revanche, de quelle autorité jouit, de quel prestige est entouré le chirurgien qui ne recommande jamais de sacrifices inutiles, et auquel l'événement donne raison dans ses pronostics favorables!

A ne prendre qu'un exemple, se figure-t-on quelle gloire

recueillerait, quels trésors amasserait celui qui parviendrait à guérir le cancer avec le seul secours des remèdes? Que de coups de bistouri ne faudrait-il pas donner pour réunir pareille somme d'honneur et d'argent!

Puisque nous sommes dans la voie des aveux, confessons que certains hommes, à certaines époques et dans certains pays, ont opéré beaucoup trop et que de nos jours même le *prurigo secardi* est une maladie sporadique, endémique et épidémique, dont le vaccin n'est pas encore trouvé.

La démonstration n'est pas malaisée à fournir. Au XVII^e^ siècle, on se mit à faire la transfusion. Ce fut une fureur telle, qu'un édit du parlement, daté de 1668, dut y mettre un terme. Au XVIII^e^ siècle on trépanait tout homme qui était tombé sur la tête et qu'on soupçonnait de s'être plus ou moins fêlé le crâne. Pendant les guerres de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci, tout fracas des membres par arme à feu était traité par l'amputation.

A l'époque où j'entrai dans la carrière médicale, la ténotomie faisait rage : on coupait tous les tendons, tous les ligaments, tous les muscles, et dans toutes les régions du corps. On prétendait guérir ainsi les louches, les bègues, les bossus, les bancals et jusqu'aux sourds. La méthode sous-cutanée était alors la selle à tous chevaux, on lui demandait tout; c'était la panacée opératoire.

Un peu plus tard, j'ai vu naître et prospérer la *résécomanie.* Elle a fleuri surtout en Angleterre et en Allemagne ; c'est par centaines que quelques chirurgiens étrangers comptent leurs résections articulaires. En France, on s'est toujours montré plus réservé.

C'est surtout dans le champ des spécialités que les ultra-opérateurs s'exercent. Vous connaissez tous la célèbre chansonnette :

Dans la gendarmerie
Quand un gendarme rit, etc.

Je ferais injure à votre instruction littéraire si j'achevais. Or, quand un spécialiste opère, tous les spécialistes opèrent; quand il coupe quelque chose, tous ses collègues le coupent également, sauf à le couper un peu autrement et avec un outillage varié, comme l'atteste le catalogue de nos grands couteliers. Si l'on fonde un jour un musée de médecine opératoire, il faudra d'immenses vitrines pour aligner tous les lithotomes, uréthrotomes, hystérotomes et autres machines en *tome*, y compris de petits instruments innominés, je crois, destinés à couper les rétrécissements du canal nasal, rétrécissements qui, soit dit sans médisance, n'existent à peu près jamais ou n'ont pas besoin d'être coupés quand ils existent.

La gynécologie et l'ophthalmologie se disputent la place d'honneur sur ce turf d'un nouveau genre, mais je crois au triomphe de la première. Dans ces derniers temps surtout, on a vu naître, indépendamment des cautérisations si souvent vaines et des débridements du col, d'une utilité si contestable, une opération d'Emmet, une opération de Battey ou d'Hégar, une opération d'Alexander, etc. Les revues, les journaux en parlent et en général les louent; on publie force faits à l'appui, et un gynécologue risque de passer pour un homme de peu s'il n'a pas d'observations à produire.

La facilité avec laquelle se répandent certaines pratiques est en vérité surprenante. Je puis citer, entre autres, le raclage ou rugination des abcès froids. L'idée théorique en est soutenable, mais la réflexion inspire déjà quelques réserves, et il semblerait prudent d'en appeler à l'expérience. Mais pour cela il faudrait attendre, et c'est à quoi la génération présente ne peut vraiment pas se résoudre. Alors on a raclé, raclé, et on racle encore, et ceux qui ne raclent pas sont déclarés arriérés et rétrogrades ; tout en raclant, on pénètre au besoin jusque dans le canal rachidien, et, bien que l'opération donne des résultats encourageants (c'est la formule courante), le malade raclé va rejoindre ses ancêtres dans un monde meilleur.

Mon dessein n'étant pas de vous donner la chair de poule et d'agiter votre sommeil de la nuit prochaine par un cauchemar affreux, je vous signalerai, en terminant, une manie actuelle qui a au moins le mérite d'être à peu près innocente, n'étant que ridicule : je veux parler de l'application des pointes de feu. Cette pratique, succédanée du sinapisme, du badigeonnage iodé et du vésicatoire volant, moyens d'un emploi beaucoup plus simple, rentre dans la médication révulsive, qui nous rend certainement des services; mais elle en est une forme plus compliquée et surtout exige une mise en scène qui a bien son prix. C'est l'effroi des enfants et ce n'est pas la joie des parents. Pourtant, si dans cet auditoire cent personnes ont été atteintes d'affections externes, tout me porte à croire que cinquante pour le moins ont reçu les susdites pointes, quelques-unes les ayant subies deux ou trois fois, peut-être plus. Il ne manque qu'à les appliquer préventivement chez les gens bien portants contre les maladies à venir, et vous pouvez croire que certains praticiens y pensent.

Si l'on m'objectait, non sans raison d'ailleurs, que les opérations précitées sont bonnes et méritent d'être conservées, je n'en soutiendrais pas moins qu'on en a singulièrement abusé, c'est-à-dire qu'on a trop transfusé, trop trépané, trop ténotomisé, trop réséqué, trop débridé de rétrécissements, excisé trop d'iris, beaucoup trop travaillé dans le petit bassin de la femme, raclé beaucoup trop d'abcès froids, et promené trop souvent la pointe du thermo-cautère sur la peau.

S'il fallait des preuves péremptoires de l'abus, je rappellerais simplement que, dans un grand pays comme le nôtre, avec nos 37 millions d'habitants, on compte au plus, maintenant, par année, une demi-douzaine de transfusions et une douzaine de trépanations; qu'on laisse désormais tranquilles en tous pays les muscles rachidiens et linguaux chez les bossus et chez les bègues; qu'en Angleteterre, où l'on a tant réséqué, on ne résèque presque plus; que tel chirurgien étranger, fort enthousiaste d'une résection qu'il proclamait excellente, au

point de la pratiquer par douzaines, la déclare aujourd'hui d'une utilité contestable ; que les oculistes, qui naguère ne croyaient pas pouvoir guérir la cataracte sans iridectomie, s'accordent presque tous maintenant à respecter l'iris ; que le fameux raclage perd tous les jours du terrain et sera relégué d'ici à deux ou trois ans dans le musée des antiques, tout comme le pointillage de la peau avec le fer rouge.

Si le temps me le permettait, je mettrais sous vos yeux toutes les reculades des matamores du bistouri. Vous verriez qu'après avoir pendant quelque temps opéré à tort et à travers, ces grands sécateurs, s'apercevant de la médiocrité des résultats obtenus, finissent par s'arrêter : c'est par là qu'ils auraient dû commencer.

Tout chirurgien de bonne foi et de bon sens, qui voudra bien lire avec attention les faits relatifs aux opérations réhabilitées ou récemment introduites dans la chirurgie, constatera que plusieurs d'entre elles non seulement n'ont servi à rien, mais étaient d'avance frappées de stérilité.

On a fait grand tapage en ces dernières années à propos des extirpations du larynx, du pharynx, de l'estomac, de l'utérus, du rein, etc. Combien de patients sont-ils restés guéris ? Combien ont bénéficié d'une façon quelconque de ces terribles entreprises ? A peine 10 p. 100. Pour ceux-là, j'en conviens, l'opération a été d'un bon usage ; mais pour les 90 autres, l'abus est-il niable ?

J'appelle votre attention et vos critiques sur le petit raisonnement qui suit. Soit cent cas d'une maladie donnée : à une certaine époque, on en opère la moitié, — vingt ans plus tard on n'en opère plus que le quart. Si les résultats des deux séries sont également heureux, j'en conclus que, des cinquante opérations de la première, vingt-cinq étaient pour le moins superflues.

Tous les chirurgiens savent ou doivent savoir ces choses. Alors pourquoi sont-ils si prompts à agir ; pourquoi s'exposent-ils si légèrement aux insuccès ? Ils répondent par le fameux

axiome : *Melius anceps remedium quam nullum.* Mais outre qu'en certains cas le remède n'est nullement douteux, étant manifestement détestable et certainement pire que le mal, on pourrait répliquer également en latin et leur dire : *primo non nocere.*

Ils allèguent encore la nécessité de soulager et de consoler ceux qu'on est impuissant à guérir ou de prolonger et d'adoucir la vie des incurables. Nous ne restons point sourds à ces raisons humanitaires, mais à la condition qu'on n'en abuse pas et qu'on ne les fasse pas servir à masquer d'autres motifs moins nobles. Nous ne considérons ni comme inutiles ni comme nuisibles les opérations palliatives, mais nous voulons qu'on les propose et qu'on les pratique comme telles, sans dissimuler leur impuissance finale et le caractère essentiellement temporaire de leur utilité.

Et ceci nous conduit à examiner un autre argument du procès que les gens du monde intentent aux chirurgiens. Ils nous reprochent de ne pas être sincères, de promettre ce que nous ne pouvons pas tenir. Ces accusations malheureusement ne sont pas sans bases. Je suis tout le premier à reconnaître qu'on ne peut pas dire aux patients eux-mêmes toute la vérité, qu'il faut les tromper dans une certaine mesure, et que le mensonge, haïssable en général, devient œuvre pie quand il console et endort la douleur morale; il faut relever vivement les sots indiscrets : le mari qui devant sa femme ou le fils qui devant sa mère demandent si l'opération que l'on conseille est dangereuse, et si l'on en peut mourir. J'agis de même vis-à-vis de ceux qui exigent qu'on leur garantisse le succès; mais je trouve toujours moyen que mes déclarations aux malades ou à ses proches renferment assez de vérité pour que l'issue finale, quelle qu'elle soit, ne puisse compromettre en aucune sorte ma probité, ma considération, ni surtout la dignité de l'art.

Mettons-nous un instant à la place d'une mère à laquelle nous avons imprudemment et sans réserve promis de guérir

son fils en l'opérant. L'opération faite, l'enfant meurt. La mère pense naturellement que nous l'avons trompée ou que nous nous sommes trompés nous-mêmes ; alors elle nous accuse de fourberie dans le premier cas, et d'ignorance dans le second. Et les commentaires de marcher pour découvrir les motifs du mensonge.

S'il s'agissait d'un malade pauvre, à l'hôpital, par exemple, le chirurgien a voulu faire une expérience ! Si, au contraire, le fait s'est passé dans une famille fortunée, il a voulu gagner de l'argent. On ne saurait croire à quel degré est enracinée, chez les gens du peuple surtout, cette croyance que l'hôpital est un lieu d'expérimentation, où l'on soumet sans scrupule les malades à des essais de tout genre. Le laisser aller du langage, les controverses qui s'établissent au chevet du lit entre le chef de service, les auditeurs et les élèves, ou entre ces derniers, justifient ces soupçons dont nous n'avons pas d'ailleurs à nous trop défendre. Oui, nous expérimentons à l'hôpital, tout comme en ville d'ailleurs, parce que l'expérimentation est inhérente à l'art de guérir, et que le médecin qui n'expérimenterait pas ne serait qu'une momie ou un tardigrade ; le tout est que l'expérimentation thérapeutique soit conduite suivant certaines règles que je n'ai point à tracer ici, mais qui rendent son emploi irréprochable.

La question est plus grave, quand l'argent s'en mêle. Je ne me prononcerai pas entre la médisance et la vérité : toujours est-il que les mauvaises langues affirment que si Artaxercès offrait des présents à un chirurgien de nos jours, il ne serait pas trop rudement éconduit, que le désintéressement n'est pas la qualité dominante des opérateurs d'aujourd'hui, et que parfois l'élément honoraires enfin joue un rôle important dans la discussion des indications opératoires.

Comme je manie le fer rouge en chirurgien et non en moraliste, vous me permettrez de ne point cautériser ici une plaie que je sais exister, dont je m'afflige beaucoup, mais dont notre

profession n'est pas la seule atteinte en ce temps d'appétits sans bornes.

Au reste, nos aïeux, paraît-il, ne valaient pas mieux que nous, si j'en crois ce que Pierre Franco disait au XVI^e^ siècle des barbiers ses confrères, et ce qu'écrivait au siècle dernier l'auteur d'un pamphlet dont le titre est très significatif, puisqu'il est intitulé : *les Brigandages de la chirurgie.*

C'est surtout dans les cas désespérés et dans les maladies incurables que les opérations inutiles sont abusivement pratiquées. Après avoir épuisé toutes les ressources de la médecine, certains patients viennent réclamer notre assistance et se déclarent prêts à subir telle opération qu'il nous plaira de leur imposer. Parfois ils souffrent cruellement; parfois ils sont épuisés par les hémorrhagies ou empoisonnés par les produits infects d'une horrible ulcération : réellement ils font pitié et il semblerait inhumain de leur refuser une opération capable de les soulager, ne fût-ce que pour un temps. Il n'est pas de chirurgien, si timoré qu'il soit, qui n'ait pratiqué dans des cas de ce genre des trachéotomies, des ponctions vésicales, des anus contre nature, et détruit même avec le fer, le caustique ou le feu, des tumeurs ulcérées en divers points du corps. Il ne s'agit là que de l'usage des opérations palliatives dont nous avons déjà parlé.

L'abus se manifeste quand on intervient sans nécessité impérieuse, la vie n'étant pas immédiatement en péril ou étant tout à fait près de s'éteindre. Le chirurgien probe s'abstient en pareil cas, ne pouvant ni soulager ni guérir; l'autre, le praticien douteux, ne promet rien formellement sans doute, mais dit qu'on peut tenter l'aventure, qu'on a vu guérir des cas semblables, et qu'il en a guéri, et qu'après tout on ne risque pas grand'chose puisque le patient est condamné, etc. ; il parle comme l'avocat retors, qui dit toujours *que ça peut s'plaider.*

Il opère, et la mort survient, ou l'état reste pareil, sinon pire qu'auparavant. On met le quidam à la porte, c'est vrai;

mais l'art chirurgical n'en reste pas moins compromis, et si plus tard dans la même famille se présente à nouveau l'occasion d'une opération, cette fois opportune, quelque parent la fait rejeter, arguant de l'insuccès de la première.

Il importe en effet d'insister sur ce point que le défaut de confiance dans les promesses des opérateurs contribue, autant que la crainte des opérations, à faire rejeter ou pour le moins ajourner l'intervention chirurgicale, qui perd de la sorte la plus grande partie de sa valeur. Je m'explique.

Dans l'état actuel de la science, les néoplasmes vrais, ce qu'on appelle vulgairement les tumeurs, ne guérissent à peu près jamais sans opération. L'expérience prouve encore que la guérison radicale est d'autant plus rare qu'on agit plus tard; d'où cette conclusion naturelle que, si l'on enlevait dès le début une production néoplasique, fût-elle maligne comme le cancer, on aurait grande chance d'obtenir un succès définitif.

C'est dans ce sens que plaident les chirurgiens sérieux, surtout depuis que le chloroforme a mis de côté l'objection douleur, et que la méthode antiseptique a presque annihilé la fin de non-recevoir tirée du danger immédiat. Mais on rencontre encore des résistances considérables, et chaque jour nous voyons revenir après un, deux ou plusieurs mois, des malheureuses auxquelles nous avions conseillé l'ablation d'une tumeur du sein, des fumeurs endurcis que nous voulions débarrasser d'un petit épithélioma lingual, qui ont refusé et qui sont désormais inopérables.

Comme il faut dire la vérité, dût-elle être désagréable à ses amis, la responsabilité de ces regrettables retards pèse lourdement sur nos confrères les médecins ordinaires des familles. On leur montre la tumeur au début; dans le but louable de rassurer le patient ou l'entourage, ils commencent à dire qu'il n'y a point de danger, puis ils prescrivent l'inévitable pommade iodurée et le non moins inévitable iodure de potassium. Il n'en résulte naturellement aucun bénéfice; mais les se-

maines et les mois s'écoulent, et la tumeur grossit, et les ganglions voisins se prennent et les souffrances apparaissent. Alors on se décide à nous consulter ; s'il en est temps encore, nous conseillons l'opération. On nous objecte que, si le mal peut et doit revenir, ce n'est pas la peine de l'enlever, et on nous demande des assurances formelles contre la récidive. Nous les refusons, bien entendu, comme le jardinier qui peut bien arracher les mauvaises herbes de son parterre, mais non s'engager à ce qu'elles ne repousseront pas.

On ne saurait croire jusqu'où va, lorsqu'il s'agit de chirurgie, l'enfantillage des gens du monde, et j'entends du meilleur et des hommes les plus instruits, les plus intelligents.

Permettez-moi de vous citer un exemple :

Une coxalgie se déclare chez un garçon dont les parents sont en relation avec un de mes amis. Celui-ci insiste pour qu'on vienne me voir. « Je m'en garderais bien, répond le père, si je vais chez Verneuil (on supprime le monsieur pour les médecins de quelque renom), il va endormir mon enfant pour redresser le membre et le mettre dans une gouttière de Bonnet ou dans un appareil inamovible. » De là il part consulter un masseur à la mode. Six mois plus tard, on me ramène le pauvre petit dans un piteux état.

Une autre fois, c'était une mère qui ne voulait plus entendre parler de moi, parce que j'avais ordonné qu'on fît marcher sa fillette avec des béquilles !

Le présent discours pourrait être à la rigueur intitulé : *Confession d'un chirurgien du siècle.* Mais comme je ne me mets pas en cause et ne me couvre pas personnellement d'iniquités, on m'accusera sans doute de faire œuvre sacrilège, de compromettre les collègues et les confrères, de justifier les accusations et les médisances du public, de céder enfin à la malsaine manie du jour, qui court sans vergogne après les révélations indiscrètes et les scandales retentissants.

Il n'y a rien de tout cela dans la présente allocution. Mon

esprit n'est point imprégné d'amertume ; je déteste le bruit et la réclame ; je n'ai jamais calomnié personne, et je n'ai jamais écrit ni diatribe ni réquisitoire, seulement j'aime beaucoup la vérité et n'ai point peur de la dire. Depuis bien longtemps, parodiant un vers fameux de Voltaire, je répétais sans cesse : *La chirurgie n'est pas ce qu'un vain peuple pense.* J'ajoutais aussi : *La chirurgie n'est pas ce que la font les chirurgiens eux-mêmes.* C'est simplement ce que j'ai désiré développer devant vous.

Aux gens du monde j'ai voulu dire qu'ils avaient tort de considérer la chirurgie comme une spécialité étroite, comme une sorte de métier de précision, un art si l'on veut, qu'on pourrait ranger, à part le but plus relevé, à côté de l'ébénisterie et de l'horlogerie ; qu'ils avaient tort aussi de demander aux chirurgiens l'infaillibilité professionnelle qu'on exige des ingénieurs, des constructeurs de machines et des entrepreneurs de travaux publics ; qu'ils avaient tort encore de mettre sans cesse leurs actes en contradiction avec leurs paroles en accordant trop de valeur au métier et pas assez de respect à ses artisans, de juger à la légère enfin des choses pour lesquelles leur incompétence est notoire.

Mais, d'autre part, j'ai voulu faire entendre aux chirurgiens, mes frères et mes confrères, quelques avertissements utiles. C'est pourquoi je leur dis ici, où ils sont en minorité, mais avec l'espoir que mes paroles se répandront : Si vous voulez être décidément classés parmi les vrais savants et non point assimilés seulement aux grands et utiles ouvriers, faites bon marché de votre habileté manuelle, quelque peine que vous ayez eue à l'acquérir et quelque soin que vous preniez encore pour la conserver et l'accroître.

Tirez peu de vanité de vos succès opératoires, vous rappelant qu'ils sont parfois bien éphémères, et poursuivez surtout les succès thérapeutiques, c'est-à-dire la guérison définitive au vrai sens du mot.

Refusez les titres et qualités de spécialistes avec les avan-

tages matériels y adhérents : rentrez modestement dans le giron commun de la médecine générale ; soyez avant tout des pathologistes sans cesse préoccupés d'étendre vos connaissances en étiologie et en pathogénie ; cherchez sans relâche à vous perfectionner dans le diagnostic et le pronostic, et restez convaincus que le maximum des guérisons reviendra par surcroît aux plus instruits et aux plus sages d'entre vous.

Naturellement vous poursuivrez toujours la cure de vos malades, but suprême de la médecine, mais vous apporterez le plus grand soin au choix des moyens à mettre en usage. Plus fiers d'être rangés parmi les thérapeutes que parmi les opérateurs, vous n'armerez votre main qu'à la dernière extrémité, après avoir loyalement essayé les remèdes et utilisé en conscience toutes les forces disponibles de la nature médicatrice.

Quand l'impuissance des agents pharmaceutiques ou hygiéniques sera avérée, quand la nécessité de l'intervention sera démontrée, optez toujours — ceci est un principe absolu entendez-vous bien — pour l'acte le moins dangereux : *actum minoris periculi*, sans vous arrêter aux impatiences bien naturelles des malades, aux sollicitations intéressées de quelques parents, soutiens de famille ou héritiers, ni surtout à la considération tout à fait secondaire de la peine grande que vous pourrez avoir et du bénéfice petit que vous en pourrez tirer. Et notez bien que cet acte le moins périlleux se trouve être parfois le plus hardi, le plus radical, le plus destructeur en apparence. Sachez qu'en certaines blessures des membres, l'amputation, faite très vite et très haut, est dix fois plus conservatrice que la résection et cent fois plus préservatrice de la vie que l'expectation la plus attentive; que, pour la pierre vésicale, la lithotritie se trouve parfois beaucoup plus grave que la taille, et que l'ovariotomie est infiniment plus bénigne que l'injection iodée multiple. Ne craignez donc point d'être accusé de timidité quand, en certains cas, vous refusez de verser le sang ou de mutiler vos patients.

Je conviens que le choix est parfois malaisé, tant nous avons

de ressources opératoires, et tant sont grandes la variété et la complexité des cas cliniques. J'ai proposé, pour tirer d'embarras les jeunes praticiens, un critérium facile. Quand il leur faudra décider entre deux ou plusieurs opérations rivales, ils mettront au premier rang l'efficacité, au second la bénignité, au troisième la facilité.

Et puis, il est un second critérium, plus utile encore et d'un emploi tout aussi simple, car quelques minutes suffisent pour poser l'équation et la résoudre, sans même qu'on possède une longue expérience, une érudition considérable, et qu'on sache exactement comment telle affection chirurgicale se traite au jour dit à Vienne, à Londres ou à Berlin. Il s'agit tout uniquement d'appliquer le principe évangélique consistant à faire à autrui ce qu'on voudrait qui fût fait à soi ou à ses proches.

Bien des fois des parents que je sollicitais pour soumettre leur enfant à une opération indispensable, qui résistaient opiniâtrement et défendaient leur progéniture contre moi tout comme contre un ennemi, m'ont, à bout d'arguments, posé cette question suprême. — « Que feriez-vous, docteur, s'il s'agissait de votre enfant? »

La demande ne m'a jamais embarrassé, ou du moins depuis longtemps elle ne m'embarrasse plus, car il y a bien trente ans que je me l'adresse du matin au soir, en ville et à l'hôpital, chez l'indigent et chez le riche, c'est-à-dire chaque fois qu'il s'agit de décider entre l'action et l'abstention chirurgicales. Bien souvent j'ai invoqué l'argument sans y être sollicité et quand je voulais vaincre des scrupules exagérés. Après une telle déclaration, carte blanche m'étant généralement donnée, j'opère et soigne de mon mieux : l'issue est tantôt bonne, tantôt mauvaise, j'ai tantôt de la joie, tantôt du chagrin, mais jamais de remords. Je compte, au jour actuel, comme amis très sincères, des fils, des pères ou des maris dont j'ai opéré et perdu les parents, les enfants et les femmes. Car, remarquez-le bien, tout le monde devant mourir, on ne nous accuse pas de perdre ceux de nos malades qui sont insauvables, mais on exige que

nous fassions tout ce qui est humainement possible pour les sauver.

C'est encore en se demandant ce qu'on ferait ou ce qu'on laisserait faire à soi ou à ses proches qu'on arrive à prendre un parti dans des conjectures fort délicates, où la conscience, l'humanité, le devoir, l'intérêt, que sais-je encore ? sont en jeu. Sur cent opérations qu'on *peut pratiquer*, il en est vingt qu'on *doit imposer* tyranniquement, vingt qu'il *faut refuser* absolument et soixante en moyenne qu'on peut à la rigueur, et en se fondant sur des motifs plausibles, faire ou ne pas faire.

Or, il arrive aux chirurgiens de pécher dans tous les sens. Ceux-ci n'opèrent pas les cas trop mauvais pour ne pas compromettre leur renommée ou assombrir leur statistique. Il y a quarante ans environ, Ph. Boyer avait la prétention de ne pas perdre d'opérés; quand un cas trop grave entrait dans ses salles, il n'y touchait pas, ou bien il faisait passer dans un service de médecine le phthisique tombant dans le marasme et auquel il avait coupé la jambe quelques semaines auparavant.

D'autres ne savent pas refuser une opération: tantôt c'est par humanité et tantôt par pure complaisance. Pourtant j'affirme que les occasions ne sont pas rares où le chirurgien doit très fermement se récuser. En lisant certains récits, je me demande avec stupeur comment on a pu se résoudre à porter le scalpel sur de vrais moribonds, et comment, à l'autre bout de l'échelle, on a, de gaieté de cœur, exposé les jours de gens robustes, atteints d'infirmités à peine désagréables. Lorsque je liquiderai ma situation morale dans la vallée de Josaphat, je compte porter à mon actif les nombreuses opérations que j'ai déconseillées comme inutiles ou dangereuses.

En ce qui concerne les opérations dites de *complaisance*, on invoque un argument spécieux. L'homme est l'arbitre de sa destinée; il expose chaque jour sa vie pour ses besoins, pour ses passions, pour ses plaisirs ; une difformité physique l'obsède, il veut s'en débarrasser ; l'entreprise a des périls, il les accepte ; des accidents opératoires surviennent, il les subit et n'accuse

que lui. Pourquoi lui refuser votre concours? Pourquoi vous montrer plus royaliste que le roi?

La réplique est fort simple. X... est las de la vie; il peut disposer de ses jours, la chose est évidente. Chargerez-vous son revolver ou lui administrerez-vous dix centigrammes de strychnine?

Mais si je n'opère pas, direz-vous, mon voisin opérera. Eh bien, laissez-le faire et consolez-vous. Plus d'une fois, ayant refusé une opération, j'ai appris quelques jours plus tard qu'elle avait été faite et suivie d'une issue funeste. Le compère avait empoché les sesterces, mais j'avais gagné et je conservais l'estime. C'est peu, diront les positifs; — c'est beaucoup, penseront ceux qui, assimilant la médecine aux choses les plus sacrées, répètent avec notre grand poète :

> L'art est saint. Dieu le fit afin que dans le monde
> Tout ne se courbât pas devant la force et l'or.

Je n'ai point l'intention — le lieu serait d'ailleurs mal choisi, bien que nous soyons dans la patrie du chevalier Bayard — d'éditer ici un code de moralité professionnelle, une sorte de bréviaire du *Chirurgien sans peur et sans reproche.* Je n'ai pas davantage la prétention naïve d'éclairer le public sur ses véritables intérêts, et pourtant je m'imagine que si des deux côtés mes paroles étaient entendues, les Paré et les Dupuytren de l'avenir accompliraient fort bien leur destinée et affronteraient tout comme nous les chances de la lutte pour la vie. D'autre part les patients auxquels on peut reprocher leur sympathie ou, si l'on trouve l'expression trop forte, leur défaut d'antipathie suffisante pour les faiseurs, les charlatans, les acrobates, la racaille médicale, en un mot, seraient plus souvent guéris, à meilleur marché, et surtout moins dupés, bernés et volés. Un philosophe chagrin a dit : *Vulgus vult decipi; ergo decipiatur.* C'est le *tant pis pour eux* des modernes. Je n'ai point cette

placide indifférence et ne peux voir un malfaiteur mal faire sans avoir la tentation de lui courir sus.

Il me paraît qu'en ce temps de prophylaxie universelle, on devrait songer un peu à garantir les simples et les crédules contre l'obséquiosité de l'un, la sensiblerie de l'autre, la solennité de celui-ci et les hâbleries de celui-là. Fournir à un public confiant des chirurgiens honnêtes, tel est le but que je poursuivrais de grand cœur.

Ce n'est pas d'aujourd'hui, Messieurs, que je tiens le langage que vous venez d'entendre. Depuis longtemps je m'élève contre l'abus des opérations, et je recommande d'épuiser les ressources de la thérapeutique médicale ; mais la chose ne tirait pas à conséquence, et l'on pouvait n'y voir qu'une opinion plus ou moins défendable. Mais, à cette heure, je suis accusé d'entraver l'essor de la science française et de paralyser ses progrès. Alors ma fibre patriotique s'émeut.

Il en est de la chirurgie comme des autres branches de notre activité. Partout la compétition est ardente, âpre, sans merci, tout le monde voulant avoir la première place. Depuis Guy de Chauliac jusqu'à la fin du siècle dernier, la France avait sans contestation possible tenu la tête ; l'Angleterre, l'Italie, l'Allemagne, entrées plus tard dans la lice, lui disputent aujourd'hui la prééminence. Quelques scribes de ce côté et sur l'autre rive de l'Atlantique affirment gravement que nous sommes descendus au dernier rang, sans doute parce que nous nous montrons un peu plus soucieux et plus économes de la vie d'autrui et que nous faisons un peu plus de façon pour couper en quatre notre prochain. Vous remarquerez que c'est précisément dans les pays où l'on fulmine contre les expériences sur les animaux que l'on nous accuse de faire une chirurgie timide et comme sénile.

Eh bien, acceptons le reproche. Qu'il plaise à certains étrangers de transformer leurs salles de chirurgie en laboratoires de vivisection humaine, la chose ne nous regarde pas et reste à débattre entre les intéressés.

Qu'en ce temps de contradiction morale incroyable, où l'on s'apitoie autant sur le sort des assassins que sur celui de leurs victimes, on se croie en droit de sacrifier dix-neuf cancéreux pour essayer de sauver le vingtième; qu'on déclare fécond par excellence ce sang versé, le comparant à celui des braves qui meurent en conquérant des mondes nouveaux, peu nous importe si la *chair à scalpel* ne se révolte pas.

Que nous profitions même de ces expériences en spectateurs curieux et attentifs, comme on s'instruit en voyant de loin commettre des méfaits auxquels on ne prend pas part, j'y consens encore. Mais qu'on nous engage dans cette voie coupable, qu'on nous lance dans les excentricités opératoires, halte-là. Dussions-nous passer pour arriérés, réactionnaires, nous préférerions, pour nos Français, une pratique plus froide, plus rationnelle, plus humaine, plus tendre, si je puis ainsi dire, et dont il ressorte bien que le chirurgien, en France, voit toujours en tout malade un frère, un enfant ou un ami.

Avec des praticiens et des savants inspirés de la sorte, la science française, j'en conviens, ne chaussera pas les bottes de sept lieues; mais elle avancera pourtant, gagnant tous les jours quelque chose, ne rétrogradant pas et ne brûlant pas le lendemain ce qu'elle aura adoré la veille. Sans vouloir écraser personne, elle gardera son rang en conservant son calme, sa sérénité et sa grandeur, laissant s'agiter autour d'elle ses rivales brouillonnes et inquiètes, sans doute parce qu'elles sont plus jeunes et moins expérimentées.

A vous dire tout le fond de ma pensée, il me serait fort égal d'entendre proclamer qu'à Londres, à Vienne, à Rome, à New-York, on opère plus et mieux qu'à Paris, si l'on ajoutait qu'en cette dernière ville on guérit plus souvent et qu'on meurt un peu moins.

Heureux, a-t-on dit, les peuples qui n'ont pas d'histoire! Heureux seraient les chirurgiens qui n'auraient pas de trousse et qui sauraient s'en passer! Plus heureux encore, direz-vous,

leurs clients, au nombre desquels le hasard peut malheureusement vous ranger.

Puisse un jour, grâce au progrès de la science française, la chirurgie ne pas faire couler de sang et ne plus faire verser de larmes!

L'ART CHIRURGICAL. — LES DISCOURS DE GRENOBLE, DE LA PITIÉ ET DE LA CHARITÉ

Par M. A. DECHAMBRE [1]

Ce n'est pas sans une certaine curiosité qu'on attendait, dans notre Faculté, les leçons d'ouverture des cliniques chirurgicales. Le *Discours de Grenoble* — car c'est le nom qui restera à la mémorable allocution de M. Verneuil devant les membres de l'*Association française pour l'avancement des sciences* — ce discours retentit toujours dans l'esprit du public et plus encore dans celui des chirurgiens. Le professeur de clinique se souviendrait-il du président du Congrès? Répondrait-il à l'émotion, aux interprétations, aux jugements dont il a pu lire l'expression dans nombre de journaux scientifiques ou littéraires? Et que dirait M. Trélat? Il s'agissait à Grenoble de ce qu'on appelle la *chirurgie moderne;* quels représentants plus autorisés de cette chirurgie à la fois savante et pratique que le chirurgien de la Pitié et celui de la Charité?

Eh bien, M. Verneuil s'est expliqué, et nos lecteurs ont pu lire un résumé de sa leçon [2]; M. Trélat, dans un large et vivant tableau des récentes conquêtes de la chirurgie, après avoir tracé le rôle du chirurgien, « à la fois savant, artiste, artisan et formulant dans l'acte opératoire une des plus puissantes expressions de l'art de guérir » (*Revue scientifique*, n° 7), M. Trélat a lancé plus d'un trait et choisi plus d'un exemple qui sont de formelles allusions aux déclarations parties des rives de l'Isère.

La main sur la conscience, en lisant la leçon de la Pitié et celle de la Charité, nous ne réussissons pas à reconnaître, entre ces deux

1. *Gaz. hebd.*, 27 novembre 1885, p. 773.
2. *Gaz. hebd.*, 13 novembre 1885, p. 744.

éminents praticiens, sous le rapport des principes généraux de la clinique chirurgicale, plus de différence que nous n'en avions vu jusqu'à présent dans leur pratique à l'hôpital ou à la ville.

M. Verneuil, qu'on est habitué à voir en tête des conquérants de l'art, qui a préconisé ou pratiqué un des premiers les opérations les plus hardies, comme l'ovariotomie, ou la résection traumatique du genou, la gastrostomie, ainsi qu'il a raison de le rappeler, ne peut être un adversaire déclaré, intransigeant, ni de la néphrectomie, ni de l'hystérectomie, ni d'aucun des actes les plus émouvants de la chirurgie opératoire. Il en aurait eu moins le droit que personne, parce que personne plus que lui n'a contribué en France à propager ces moyens antiseptiques qui sont précisément la condition du succès dans ces opérations. Et le discours de Grenoble, que nous avons voulu relire, le disait expressément : ces grands délabrements de la machine humaine, ces « expropriations pour cause d'utilité générale », sont des actes de « conservation ».

De quoi se plaignait l'orateur? Des seuls abus, des opérations pratiquées « sans nécessité ». Il s'est dit qu'on ne devait pas s'appeler pour rien, de son prénom, *Aristide*, et qu'une vertu quelque peu rigide valait mieux que l'indifférence commode et la *douce gaieté* si souvent prêchée, et, en ce moment même, par l'auteur de *Caliban* et du *Prêtre de Némi*, et que si toute vérité est bonne à dire, c'est surtout quand elle stigmatise le mal. Placé on face d'un auditoire en partie étranger à la science médicale, et auquel il venait de reprocher certains préjugés ou injustices des gens du monde, il a voulu être sincère jusqu'au bout et reconnaître que les tuteurs de la santé publique avaient eu, eux aussi, des entraînements ; qu'ils avaient quelquefois sacrifié à la mode, à l'esprit d'imitation, et il n'a pas craint de prêter à quelques-uns un goût trop prononcé pour la devise : *Operation is money*.

C'est le dénombrement d'opérations faites sans nécessité, parmi lesquelles il en était de plus ou moins inoffensives, comme les pointes de feu ou le grattage des abcès froids; c'est la charge faite contre l'introduction, réellement odieuse, des calculs de l'intérêt dans la thérapeutique ; c'est cette partie du discours écrit avec une grande abondance de cœur et de style qui a donné le change à l'opinion. On a trop vu dans la condamnation des abus celle des choses dont on abuse, et dans les mœurs de quelques-uns, celle d'une partie de la génération chirurgicale. Seulement, il faut bien l'avouer, l'occasion, le lieu, rendaient particulièrement probables les fausses interprétations, et notre ami nous permettra de regretter qu'il ne

s'en soit pas méfié davantage et ne les ait pas prévenues par de faciles précautions de langage.

Sur tout cela M. Trélat n'a pas besoin d'être édifié. Si son discours peut passer auprès de quelques-uns pour la contre-partie de celui de M. Verneuil, c'est en ce sens que, l'un ayant dit honnêtement et courageusement ce qu'il ne faut pas faire, l'autre a dit avec la même conscience scientifique et professionnelle ce qu'il faut faire. Il s'est appliqué à montrer le droit chemin qui est tracé aux chirurgiens amis du progrès à travers toutes les déviations dont ils peuvent être témoins. Aussi dévoué que son collègue à la chirurgie conservatrice, aussi hostile au *prurigo secandi*, il veut pourtant qu'on *râcle*, qu'on brûle, qu'on coupe et qu'on retranche, quand l'indication en est positive et que les ressources actuelles de la thérapeutique y autorisent. Aussi révolté contre l'industrialisme chirurgical, il ne veut pas s'en rendre solidaire, il ne veut pas que sa propre pratique s'en ressente et il opère résolûment sur le terrain même où les industriels manœuvrent de préférence.

Voilà ce qu'il nous a paru bon de dire sur ces deux leçons pour prévenir l'effet des comparaisons superficielles. Que, dans les deux tendances qui s'y accusent, les deux professeurs ne marchent point d'un pas tout à fait égal, ne s'arrêtent pas rigoureusement à la même limite, ne procèdent pas de même dans tous les cas particuliers, ce n'est plus qu'un fait coutumier, non seulement en médecine, mais dans toutes les agglomérations professionnelles. Il nous suffit, quant à nous, de la satisfaction de ne pas constater une divergence de principes entre deux maîtres de la chirurgie française.

Nous permettra-t-on une remarque finale, qui nous est personnelle, mais que M. Verneuil pourrait bien avoir faite de son côté? Oui, sans doute, il serait bon que notre linge fût lavé exclusivement dans les eaux de la fontaine d'Esculape; mais le corps médical serait beaucoup mieux fondé à se plaindre de le voir porter aux lavoirs publics si lui-même, dans ses Associations, dans ses Sociétés, se préoccupait un peu plus des taches qu'on y fait, et s'occupait un peu plus de ceux qui les font. Ne pas initier la malignité du monde aux défaillances de quelques membres du corps médical, c'est très bien; ce serait encore mieux de ne pas s'en rendre, jusqu'à un certain point, responsable en les tolérant silencieusement.

RÉPONSE A M. DECHAMBRE [1].

Merci, mon bien cher ami, de votre jugement sur mon discours de Grenoble, et sur les paroles que j'ai prononcées depuis en ouvrant ma clinique pour me justifier du singulier reproche d'être réactionnaire ou arriéré en chirurgie.

Il faut ignorer absolument, volontairement ou non, ce que je fais tous les jours ou ce que j'écris pour avancer que je refuse à mes malades les opérations, si graves qu'elles puissent être, quand elles sont réellement utiles.

A ce propos, mes accusateurs feraient bien de dresser la liste de leurs travaux originaux en médecine opératoire. Je ferais parallèlement la mienne, et on jugerait.

Merci également d'avoir pris la peine de lire tout entière l'allocution incriminée, ce que quelques-uns, à coup sûr, n'ont pas fait; cela vous a permis d'y voir autre chose qu'une critique, vive j'en conviens, de tendances tout à fait regrettables qui se manifestent et se propagent dans notre corps médical français, si renommé jusqu'ici pour son honnêteté et son désintéressement.

Je suis heureux d'être en communion d'idées avec vous sur l'urgence de la lessive professionnelle, si je puis ainsi m'exprimer; ceux-là même qui, sans malveillance, blâment ma franchise, ma rudesse si l'on veut, ne sauraient dire que j'aie rien avancé de faux, ni même assombri le tableau; malheureusement mes mains sont pleines de preuves montrant combien certains membres compromettent la corporation tout entière. Ils regrettent seulement que j'aie mal choisi mon public, et répètent : *Hic non erat locus.* Mais je ferai remarquer que je ne faisais point conférence au boulevard des Capucines ni au profit d'une œuvre de charité, mais que je parlais devant un auditoire composé en grande majorité de savants

1. *Gaz. hebd.*, 4 décembre 1885, p. 794. Lorsque j'écrivais ces quelques lignes à l'ami dont nous déplorons amèrement la perte, j'étais loin de croire qu'une lésion irréparable allait prochainement désorganiser un cerveau si sain en apparence et anéantir en quelques jours une intelligence aussi forte, un esprit aussi lucide, un cœur aussi honnête. L'invraisemblable, hélas! s'est réalisé.

La seule consolation qui nous reste est de penser que Dechambre a quitté la terre en pleine phase de prospérité et de gloire sans avoir connu ni soupçonné même les amertumes de la déchéance intellectuelle et morale.

habitués à discerner le vrai et le juste : lequel auditoire, qui, soit dit en passant, comptait de nombreux médecins, ne s'est montré ni révolté ni scandalisé, et m'a tout au contraire chaleureusement applaudi.

Plusieurs de mes confrères pensent que j'aurais mieux fait de présenter mes doléances devant une société savante quelconque : suivant la théorie du linge sale en famille. A quoi je répondrai que ce milieu n'est pas déjà si favorable à ceux qui veulent redresser des torts. Vous n'avez pas oublié quel orage suscita jadis notre regretté Broca, quand il écrivit l'éloge de Gerdy; mésaventure semblable m'est arrivée pour l'éloge de Robert; la Société de chirurgie fut tellement effarouchée par quelques révélations un peu crues, qu'elle refusa d'imprimer mon oraison.

Non, certes, les cénacles académiques n'aiment pas beaucoup à entendre la vérité sévère. Alors où donc peut-on la dire ?

Et maintenant, espérant que l'incident est bien clos, je serre très affectueusement votre loyale main.

A. Verneuil.

DE L'HYSTÉRECTOMIE

APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES TUMEURS FIBREUSES[1]

Je n'ai point encore pratiqué la résection utérine ou hystérectomie supérieure, et ne puis apporter à la question opératoire mon contingent d'expérience. Cependant je vous demanderai la permission de vous présenter quelques remarques sur cet important sujet.

Je ne chercherai pas à diminuer l'impression favorable produite par les intéressantes communications de MM. Tillaux et Duplay, étant le premier à féliciter nos habiles confrères des succès qu'ils ont obtenus. J'adopte l'hystérectomie et suis heureux de voir se produire à cette tribune une protestation contre les conclusions trop exclusives du rapport que jadis Demarquay vous lut ici-même, et qui n'était rien moins que favorable à l'opération en question. Nul doute que la résection utérine sus-vaginale ne convienne à certains cas exceptionnels et qu'on ne lui doive le salut de quelques malades.

Cette déclaration faite, je souhaiterais seulement que l'enthousiasme des opérateurs à venir n'allât pas trop loin, et qu'on voulût bien se rappeler que si la médecine opératoire actuelle intervient brillamment et utilement dans la cure des hystéromes, la thérapeutique non sanglante, de son côté, n'est pas aussi impuissante qu'elle l'était jadis et qu'elle compte également à son actif des résultats palliatifs et des cures radicales très dignes d'attention.

Nos deux collègues, je m'empresse de le dire, ont agi fort prudemment et n'ont pris le bistouri qu'avec la conviction qu'il ne restait rien autre à faire. M. Duplay, dans la dernière séance, a fort explicitement déclaré qu'une opération qui donnait encore 55 p. 100

1. *Bull. de l'Acad. de méd.* 1879, n° 43, p. 1099. J'ai fait plus haut allusion à ce discours (p. xxvi); je le reprenais ici pour montrer que ce n'est pas d'aujourd'hui que je m'élève contre les abus de la chirurgie opératoire.

de mortalité (à une époque ou le pronostic opératoire s'améliore sur toute la ligne), qu'une telle opération « devait être réservée comme une ressource extrême dans les cas où le traitement médical a échoué ou lorsque la tumeur cause un danger imminent ».

J'adhère complètement à ces sages préceptes, et si j'ai pris la parole, c'est pour me plaindre de leur oubli trop commun. J'ai suivi depuis quelques années avec un vif intérêt les tentatives de cure radicale de tumeurs utérines, et trop souvent j'ai constaté que certaines opérations avaient été faites sans être précédées de tentatives sérieuses de traitement médical, sans nécessité absolue, et enfin sans souci suffisant de l'opportunité.

Or, si dans les temps où l'hystérectomie passait à bon droit pour une témérité, on se hâtait trop déjà de la pratiquer, que sera-ce maintenant qu'elle entre de plein pied dans la pratique et qu'on la donne comme relativement bénigne ? Il faut s'attendre, j'en ai peur, à la voir conseiller et exécuter comme s'il s'agissait d'une simple ovariotomie. Mes craintes ne sont pas sans fondement.

Il n'est pas nécessaire d'être chirurgien de profession : il suffit de lire nos journaux, pour remarquer que depuis quelques années la chirurgie marche dans une voie singulièrement audacieuse ; à l'indifférence ou au découragement en matière d'affections chroniques a succédé un violent accès de *prurigo secandi*, une sorte de *délire opératoire* porté si loin, qu'on est presque sûr de voir, un jour ou l'autre, appliquer au vivant, qui n'en peut mais, toute opération qui est praticable sur le cadavre.

C'est ainsi qu'on extirpe le larynx, la rate, le rein, non seulement quand il est malade, mais encore lorsqu'il est simplement déplacé. C'est ainsi encore qu'on châtre les femmes, quand de leurs ovaires, sains d'ailleurs, partent certains troubles nerveux ; pendant que ceux-ci réséquent un tronçon de l'œsophage, un morceau de l'estomac, un fragment d'intestin, ceux-là font un grand carnage de malheureuses auxquelles ils enlèvent l'utérus infiltré de cancer !

Il y a quelque cinquante ans, un personnage dont j'ai sans regret oublié le nom voulait combattre la stérilité ; il proposa, pour faciliter l'accès des ovaires aux spermatozoïdes empêchés, de pratiquer le cathétérisme des trompes de Fallope. Il y a quelques jours, un autre inventeur proposait, tout au contraire, de créer la stérilité. Oh ! la chose est bien simple : vous introduisez par la vulve, le vagin et la cavité interne le stylet du galvano-cautère ; vous le portez délicatement dans l'orifice utérin de la trompe, vous poussez le bouton : le fil de platine rougit et cautérise le trajet intra-utérin ; l'oblitération

doit s'en suivre, et voilà comment on se met à l'abri des fécondations intempestives.

Je m'attends tous les jours à lire dans les journaux d'un pays, d'où partent généralement ces élucubrations, la description solennelle d'un procédé méthodique pour l'ablation du bulbe rachidien ou du foie, en cas d'asthme ou de jaunisse. Naturellement de nombreuses expériences sur les animaux prépareront l'application sur l'homme de ces importantes trouvailles.

Je ne sais vraiment si c'est chez moi un effet de l'âge, et si j'entre déjà dans la période d'affaiblissement sénile, mais je me refuse absolument à voir dans cette débauche sanglante les caractères du véritable progrès thérapeutique.

Je veux bien croire que les intentions sont des plus pures, et qu'un amour sans bornes pour l'humanité est le seul mobile des hardis pionniers de la chirurgie. Je ne vois rien de plus légitime que la lutte persévérante de la science et de l'art contre la maladie, et pas de victoire plus glorieuse que celle qu'on remporte sur une affection regardée jusqu'alors comme incurable; mais je pense que la poursuite du bien et du mieux a aussi ses limites, qu'il ne faut pas, pour défendre la vie, adopter le procédé opératoire de l'ours de la fable et que, sous prétexte de chercher une guérison invraisemblable, il ne faut pas expédier dans la huitaine, sinon plus tôt, ses patients vers les sombres bords. *Primo non nocere* est un axiome que la vraie thérapeutique chirurgicale ne doit jamais oublier.

Ces tentatives, je le sais, semblent justifiées; on invoque, d'une part, les succès de l'ovariotomie, qui, après avoir été condamnée par de grands tribunaux scientifiques, est aujourd'hui l'une des plus brillantes et des plus utiles opérations de la chirurgie; puis on se flatte de pouvoir tout entreprendre avec l'aide de la méthode antiseptique. Je donnerai brièvement mon avis sur les deux points.

En ce qui touche la méthode antiseptique, dont personne ne me croira l'adversaire, puisque j'en soutenais ici même les principes il y a plus de dix ans, je déclare qu'on se trompe en y comptant trop. Si elle est souveraine pour les blessures extérieures, elle n'intervient guère encore pour les opérations profondes, pratiquées dans les cavités. Je citerai la taille, la trachéotomie, l'ablation des tumeurs du rectum, etc. Donc il ne faut pas s'abriter derrière elle et lui demander plus qu'elle ne peut donner, en particulier dans l'hystérectomie. Quant à assimiler cette dernière à l'ovariotomie, la chose me paraît impossible, pour plusieurs raisons: le kyste de l'ovaire est une affection grave, qui tend presque toujours à s'accroître et qui, la

statistique l'a bien prouvé, abrège très notablement la vie. La thérapeutique médicale n'y peut rien, pas plus que pour toutes les autres dégénérescences kystiques. Le traitement palliatif est certainement plus utile, mais il n'est pas dépourvu de danger. Le traitement radical est devenu presque exempt de péril : aussi le préconise-t-on sans scrupule.

Combien les choses sont différentes pour l'hystérome! Il est fort commun, passe souvent inaperçu, comme on s'en peut assurer en suivant les autopsies de la Salpêtrière; il peut rester longtemps stationnaire ou s'accroître très lentement. A l'époque de la ménopause il cesse ordinairement de grossir. Généralement il ne compromet guère la vie, et je pense qu'il n'est point de praticien un tant soit peu répandu qui ne connaisse au moins une douzaine de femmes vivant fort bien avec leur myome utérin. Depuis trente ans que je suis dans les hôpitaux, à peine ai-je le souvenir d'avoir vu une ou deux femmes succomber à des corps fibreux de la matrice. Voilà pour la bénignité.

Le traitement médical n'est pas ici dépourvu d'efficacité. Souvent, j'en conviens, il n'est que palliatif, faisant cesser les pertes quand elles existent, modérant ou arrêtant l'accroissement de la tumeur; mais parfois aussi il est absolument curatif.

Je fais allusion ici au traitement par le seigle ergoté *intus* et *extra*, dit aussi traitement de Hildenbrandt. J'ai depuis longtemps constaté moi-même son efficacité dans une proportion de cas très satisfaisante. J'associe à l'ergotine les injections hypodermiques de morphine, quand il y a des signes de congestion utéro-ovarique douloureuse. Je combats également cette congestion par les bromures et d'autres moyens accessoires; en un mot, par un ensemble de mesures que je n'ai point à exposer ici, j'arrive à dominer le plus souvent les accidents et pour le moins à gagner du temps, ce qui peut être très précieux, si l'opération est inévitable.

Ce traitement m'a paru surtout efficace dans les cas particulièrement graves, où le néoplasme marche rapidement, acquiert vite un volume considérable et ne peut être extirpé sans grand péril. J'ai vu un cas de ce genre bien involontairement, en assistant un de mes collègues, qui croyait avoir affaire à un kyste de l'ovaire. La tumeur, du volume d'une tête d'adulte, était extrêmement molle, comme fluctuante; elle était sillonnée d'énormes vaisseaux, surtout sur les bords latéraux de l'utérus. L'extirpation fut suivie d'une mort rapide.

Or, c'est précisément dans un cas analogue, chez une jeune

femme de vingt et un ans, que j'ai obtenu par le traitement interne seul le plus brillant succès. La maladie datait à peine de dix à douze mois. La tumeur avait atteint l'ombilic, et remplissait néanmoins le petit bassin. M. le docteur Fiaux me demanda conseil. Je fus d'avis d'essayer l'ergotine, tantôt par la bouche, tantôt par le tissu conjonctif. Au bout d'un an il ne restait pas trace de la tumeur. La jeune dame jouit toujours de la plus brillante santé.

J'ai connaissance de quelques autres succès obtenus d'après les avis que j'avais donnés. Je compte aussi des améliorations très grandes, et en particulier l'arrêt prompt des hémorrhagies.

Enfin, dans ces derniers temps, j'ai constaté d'une façon non douteuse l'efficacité des courants électriques. Je vis, avec mon collègue et ami M. le professeur Brouardel, une jeune dame de magnifique apparence, affectée depuis quelques mois de douleurs dans l'abdomen.

Nous découvrîmes une tumeur que, après mûr examen et délai suffisant, nous déclarâmes être un fibrome utérin d'un volume déjà considérable. L'ergotine était assez mal tolérée. C'est alors qu'ayant lu un mémoire de M. le docteur Chéron où était recommandé l'emploi de l'électricité, nous fîmes appel à ce confrère. M. Brouardel suivit les progrès de la cure et en fut vivement impressionné.

La tumeur diminua très rapidement, les malaises s'amendèrent à ce point que la malade qui, avant le traitement, pouvait à peine faire une course de vingt minutes, est récemment partie pour un voyage en Russie, et cependant le fibrome, au moment du départ, n'avait pas encore disparu.

Je conclus de tout ceci :

Que l'hystérectomie est certainement une bonne opération, qui restera dans la pratique pour des cas exceptionnels;

Que ceux-ci deviendront de plus en plus rares à mesure qu'on appliquera mieux et plus à temps les agents de la thérapeutique médicale;

Que parmi ceux-ci il faut compter au premier rang les préparations de seigle ergoté et probablement les courants électriques.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA PITIÉ

Leçon d'ouverture, 3 novembre 1885 [1].

Messieurs,

Après trois longs mois de vacances, nous allons reprendre nos conférences cliniques et nos opérations. Je pourrais saisir cette occasion pour vous indiquer les principes qui me guideront dans mon enseignement théorique et pratique, si ces principes ne vous étaient pas depuis longtemps connus.

Cette année comme toujours, vous me verrez aussi conservateur que possible, épuisant toutes les ressources de la thérapeutique médicale, tous les modes de pansement, tous les agents mécaniques non sanglants, et n'en venir à l'opération qu'en cas d'insuffisance avérée ou après l'échec bien constaté de tous les moyens de douceur.

D'autre part, dès qu'une opération me paraîtra indispensable ou clairement indiquée, je deviendrai fort radical et je la pratiquerai aussi rapidement, aussi largement, aussi énergiquement que possible.

Si j'insiste sur ces points, c'est pour répondre aux reproches qu'on m'adresse d'être hostile au progrès, de condamner la plupart des opérations chirurgicales, et d'entraver en France l'essor de la chirurgie contemporaine.

Un mot d'abord sur ce dernier grief. Pour que j'arrêtasse intempestivement l'ardeur de mes compatriotes, il me faudrait avoir, en vérité, une puissance que je ne me connaissais pas, n'ayant d'ailleurs rien fait pour l'acquérir : celle de dominer tyranniquement mes collègues à ce point qu'ils n'osent faire que ce que je leur permets de faire, et s'abtiennent de tout le reste de peur de me déplaire. Cette allégation ne serait guère flatteuse pour ceux qui, par intérêt sans doute, aliéneraient à un tel degré leur indépendance scientifique et leur liberté professionnelle. Certainement je donne des conseils à mes élèves et les engage à agir comme j'agis moi-même pour

1. Un de mes élèves ayant pris quelques notes sur cette leçon, les a publiées dans la *Gazette hebdomadaire* du 13 novembre. Je la donne ici entièrement rédigée par moi-même.

le plus grand bien de mes patients ; mais je les opprime si peu qu'à chaque instant — ils pourront l'attester — je demande conseil et assistance à ceux d'entre eux qui ont imaginé quelque chose de neuf ou étudié particulièrement une opération nouvelle. Je ne puis donc que rire de ceux qui voudraient me faire passer pour un despote ou même pour un maître intolérant.

En ce qui concerne mes tendances réactionnaires et mon hostilité au progrès, il faut croire qu'elles sont de date récente, car personne de ceux qui m'approchent et causent familièrement avec moi ne m'en a encore parlé; plusieurs mêmes me trouvent hardi dans l'hypothèse et un peu trop pressé de pénétrer dans l'avenir. Au demeurant il me suffira, je crois, de rappeler quelques phases de ma vie scientifique pour démontrer que je me suis toujours efforcé de marcher en avant et de soutenir les causes vraiment bonnes, les idées réellement justes.

A mon entrée dans la carrière, au temps où j'étais prosecteur, puis agrégé, je plaidais pour le microscope et ses applications à la pathologie et à la clinique avec Lebert, Robin, Follin, Broca, qui n'étaient pas rangés précisément parmi les réactionnaires scientifiques de l'époque. C'est avec le microscope et les observations cliniques que je traçai l'histoire des affections des glandes sudoripares, de l'inclusion testiculaire, etc., et que je soutins dans la presse il y a trente ans, une rude discussion contre les puissants du jour, Velpeau, Jobert, et d'autres qui représentaient la résistance aux idées nouvelles.

En 1869, 1870 et 1871, en un temps où les intransigeants actuels de l'antisepsie n'avaient pas encore trouvé leur chemin de Damas, et en étaient encore aux vieilles doctrines vitalistes, je portais à la tribune de l'Académie la grande question des intoxications chirurgicales, rappelant les recherches de Gaspard, de Magendie, de Piorry, de Bouillaud, de Maisonneuve, puis les expériences d'Otto Weber, de Billroth, de Panum, de Bergmann, etc. J'admettais résolument un virus traumatique et un poison septique, la sepsine, qui représente assez bien les ptomaïnes d'aujourd'hui. Non seulement on ne me trouvait pas réactionnaire à cette époque, mais on affectait tout au contraire de croire que ma cervelle était dérangée. Conséquent avec moi-même, j'adoptai et mis en pratique aussitôt le bandage ouaté de mon excellent ami Alph. Guérin, ainsi que les préceptes et le pansement de mon éminent collègue Lister; enfin j'apportai, je crois, un contingent utile à la méthode en vulgarisant deux procédés précieux, le bain antiseptique permanent et la pulvérisation antisep-

tique prolongée. Je ne sache pas que ni M. Alph. Guérin ni M. Lister m'ait jamais accusé de faire de l'opposition à leurs doctrines et à leurs pratiques. Le premier même a prononcé publiquement une phrase dont je lui resterai toujours reconnaissant. Il a bien voulu dire en effet que j'avais cette qualité rare de *m'enthousiasmer pour les découvertes des autres.*

Je sais qu'on me trouve aujourd'hui tiède en antisepsie parce que je me permets de ne pas me prosterner devant certaines puérilités de la méthode, que j'ai osé dire qu'elle ne donnait pas l'impunité absolue à toutes les tentatives opératoires et qu'il fallait encore craindre de perdre quelques blessés malgré son emploi; mais il n'en restera pas moins vrai que j'ai écrit sur elle et pour la vulgariser et l'adapter à tous les cas de la pratique, au moins cinq cents pages en texte compact. Beaucoup de ses fanatiques n'en ont pas fait autant.

Aurais-je été par hasard avec les retardataires lorsqu'à la Société de chirurgie s'éleva la célèbre discussion sur l'hygiène des hôpitaux, et n'ai-je pas réclamé toujours et jusque dans ces derniers mois, pour ces hôpitaux, des réformes radicales dans le sens de l'hygiène et de l'assainissement.

La doctrine septicémique est une émanation directe de la théorie des germes; la pratique cependant paraissant en avance sur la théorie, j'ai cru devoir faire d'abord quelques réserves sur cette dernière. Mais notre illustre Pasteur ayant repris la question des microbes, répété, multiplié et éclairci les belles expériences de Davaine, la vérité se montra bientôt éclatante et féconde en déductions pratiques d'une importance capitale. Si j'avais été rétrograde ou rebelle, j'aurais pu résister ou ergoter comme d'autres, or, tout au contraire, je me suis rangé sans réserve parmi ceux qui non seulement admirent M. Pasteur, mais encore cherchent à utiliser de leur mieux ses prodigieuses découvertes. A coup sûr cet autre grand Français n'avait pas besoin de mon adhésion, mais je la lui ai vite donnée parce que je suis irrésistiblement entraîné vers toutes les formes et toutes les manifestations du progrès. J'admets donc aujourd'hui tous les faits suffisamment démontrés de la théorie microbique et j'attends patiemment l'élucidation des points obscurs pour me rallier au bon moment.

J'aborde le grief principal. Quelques chirurgiens de Paris — ils sont quatre ou cinq — plus friands du bistouri qu'au courant de la thérapeutique, répètent volontiers, quelquefois tout haut, ordinairement tout bas, que je proscris les opérations en général, que je n'en fais presque plus dans mon service, que je rejette en bloc toutes les

belles conquêtes récentes, surtout si elles viennent de l'étranger; que je ne vois plus en chirurgie que les diathèses, dont je m'occupe exclusivement jusqu'à en radoter; que je délaisse enfin complètement la médecine opératoire, c'est-à-dire la partie efficace de la chirurgie, etc. Je ne sais si c'est par ignorance ou simplement pour se moquer du monde qu'on débite de pareilles inepties, mais pour croire qu'elles seront acceptées, il faut beaucoup compter sur la naïveté des auditeurs.

Supposons ignorants, c'est l'hypothèse la moins blessante, ceux qui me malmènent ainsi. Je prendrai la liberté de leur rappeler brièvement qu'en thérapeutique chirurgicale j'ai toujours au moins suivi le mouvement quand je n'ai pas été assez heureux pour le provoquer. Donnons quelques preuves.

Il y a quelque trente ans, quand j abordai la chirurgie militante, plusieurs innovations majeures venaient de se produire. Bonnet, de Lyon, nous apportait les règles du traitement conservateur des arthropathies : redressement brusque et immobilisation prolongée; Chassaignac inaugurait son écraseur linéaire; Middeldorpf nous faisait connaître un galvano-cautère perfectionné d'un emploi relativement facile; Bozeman nous enseignait cet excellent procédé américain à l'aide duquel la guérison des fistules vésico-vaginales de très rare devenait très commune. Or, le hasard m'ayant placé à l'Hôtel-Dieu pour suppléer Philippe Boyer et Robert, je redressai les jointures enflammées et commençai mes travaux sur la coxalgie; j'utilisai de suite l'écraseur linéaire pour l'ablation de la langue, du cancer du rectum, des hémorrhoïdes, des polypes utérins, etc. Je me servis pour l'ablation de certaines tumeurs de la face et pour la cautérisation des fistules du galvano-cautère; enfin, ayant eu la bonne fortune de servir d'aide à Bozeman, je pus avec Follin vulgariser le procédé en le répétant sur le vivant ainsi qu'à l'amphithéâtre et en le décrivant de façon que tout le monde pût s'en servir et obtenir les mêmes succès.

Peu d'années après, Czermak nous initiait à la pratique de la laryngoscopie. C'était à peu près l'époque où l'ovariotomie commençait à paraître sur la scène. A la vérité, je ne pris point les instruments par la raison que les occasions me manquèrent, mais je saisis la plume pour recommander vivement ces nouveautés. L'ovariotomie en particulier m'a toujours paru le triomphe de la pratique moderne et j'ai toujours préconisé son exécution hâtive; comme elle a été de bonne heure monopolisée, je ne l'ai pas pratiquée plus de huit ou dix fois, mais je ne l'ai jamais refusée que dans des cas désespérés.

Je trouve ici une occasion de répondre quelques mots à une insinuation malicieuse que j'ai trouvée dans un article fait sur mon discours de Grenoble. On y disait : « Si M. Verneuil s'élève tant contre les opérations récentes, c'est, disent les mauvaises langues, qu'il n'a pas l'habileté nécessaire pour les mener à bien. » Or, je n'ai jamais affiché la prétention d'être un opérateur hors ligne, mais je crois être dans la moyenne, et je pense avoir fait sur la face, la base du crâne, les mâchoires, la langue, le cou, l'aisselle, la fosse iliaque, le rectum, le triangle de Scarpa, etc., des entreprises tout aussi émouvantes et laborieuses que l'extirpation de la matrice, du larynx ou du corps thyroïde. D'ailleurs le plus souvent, quand je fais de grandes opérations pour la première fois, ayant le bonheur d'avoir dans le jeune état-major chirurgical nombre de mes anciens élèves, restés mes amis, je suis toujours entouré d'assistants qui, en cas de défaillance de ma main, viendraient vite à mon secours. Avec de telles précautions et trente ans de pratique, on peut, je crois, aborder sans crainte toutes les opérations imaginables, fût-on même opérateur médiocre. Ainsi ai-je fait tout récemment pour une néphrectomie à laquelle j'avais invité mon cher et distingué parent, Auguste Le Dentu; ainsi fis-je, il y a bientôt deux ans, pour Le Dentu lui-même, à qui je pratiquai la résection costale pour une pleurésie purulente avec le concours de plusieurs jeunes chirurgiens, MM. Bouilly, Th. Anger, etc. Je me comportai de même il y a quelques semaines pour deux résections anaplastiques du tarse faites en collaboration avec mon excellent collègue Lannelongue chez des enfants atteints de pieds-bots auxquels l'orthopédie n'avait pas pu remédier.

Ma résection costale remonte à deux ans environ; mes tarsotomies à quelques semaines; la néphrectomie à quelques jours. Dans le même mois je faisais une résection de la hanche, et deux formidables résections du maxillaire inférieur. J'indique ces dates précisément pour montrer que je n'ai point changé mes allures et que, aujourd'hui comme dans ma jeunesse, j'opère tout ce qui est opérable, ni moins ni plus, sans rechercher ni fuir les occasions. Si j'étais aussi ennemi de l'intervention chirurgicale, comment serais-je à peu près à ma cent cinquantième fistule vésico-vaginale; comment aurais-je enlevé trente-cinq mamelles l'an dernier, et trente-deux cette année même; comment aurais-je recousu six périnées par l'excellent procédé d'Emmet dans les quinze derniers mois?

Si je suis immobile et immuable dans les vieilles pratiques, comment ai-je semé dans la littérature chirurgicale, soit par la plume

de mes élèves ou la mienne, soit dans les sociétés savantes, des documents qui prouvent l'intérêt que je porte à tout ce qui atteste le mouvement de la pratique ?

Bouisson jadis cherche à réhabiliter la taille médiane. J'exécute quelques opérations de ce genre et fais écrire une thèse sur le sujet. Ailleurs je vante comme elle le mérite et je pratique plusieurs fois la taille prérectale de Demarquay. La taille hypogastrique rentre en faveur : je proteste contre son emploi exclusif, mais je reconnais qu'elle est dans certains cas supérieure à toutes les autres et je la pratique avec mon collègue M. Th. Anger, qui a imaginé un bon instrument pour faciliter l'ouverture de la vessie.

Les miracles réalisés par la méthode antiseptique n'obturent pas mon sens commun au point de me faire rayer la lithotritie du cadre des opérations utiles; mais, pour cette dernière, j'adopte pleinement les vues nouvelles et la pratique de mon ami Bigelow. Bien que je ne fasse pas de spécialité génito-urinaire, c'est par la litholapaxie que, au cours de ces deux dernières années, j'ai opéré et guéri sans accident quelconque et avec l'aide d'un de mes meilleurs disciples, M. Kirmisson, cinq calculeux qu'il ne me paraissait pas nécessaire de tailler.

Si j'étais aussi timide qu'on l'affirme, et si je ne savais pas me servir de l'antisepsie, je n'aurais point pratiqué certaine gastrostomie qui a donné une survie considérable et a contribué, je crois, à vulgariser cette belle opération qui n'était guère répandue il y a dix ans. Je n'aurais pas davantage extrait, à l'aide de la rectotomie et de la laparotomie hypogastrique combinées cet énorme corps étranger du rectum dont j'ai rapporté longuement l'observation. Je n'aurais point osé aborder la très palpitante extirpation de volumineux anévrysmes cirsoïdes du cuir chevelu qui, dans les deux cas où je l'ai faite, m'a donné deux beaux succès. Je n'aurais pas non plus, l'un des premiers, pratiqué hardiment la taille articulaire pour extraire les arthrophytes, pour traiter les kystes hydatiformes du poignet, pour favoriser les réductions des luxations du pouce, etc., opérations qui présentaient autrefois tant de dangers. Bien que je continue à considérer, toutes choses égales d'ailleurs, les lésions sous-cutanées comme moins graves que les lésions exposées, et qu'en conséquence je préfère dans le traitement du genu valgum l'ostéoclasie à l'ostéotomie, j'ai pourtant, dans un cas de difformité du membre inférieur consécutive à une lésion de la hanche, exécuté avec un succès primitif et secondaire remarquable, la section sous-trochantérienne du femur sur un jeune homme présenté à la Société de chirurgie.

Comment concilier ma peur des grandes opérations avec mon total relativement considérable de désarticulations de la hanche, avec la guerre que j'ai faite jadis aux opérations dites parcimonieuses dans la cure des polypes naso-pharyngiens et l'ardeur avec laquelle j'ai toujours soutenu les opérations hâtives, larges et radicales contre les demi-mesures et la fausse conservation; enfin avec mes plaidoiries prolongées si bien résumées par M. Kirmisson en faveur des opérations préliminaires, y compris la ligature préalable des grosses artères.

Ceci me conduit naturellement à parler des résections qu'on me reproche de rejeter, preuve nouvelle de la singulière négligence que mes contradicteurs mettent à lire ce que j'ai écrit. A la vérité, j'ai prononcé depuis longtemps le mot irrévérencieux de *résécomanie* pour qualifier l'incroyable abus qu'on a fait de l'ablation des jointures; mais par contre j'ai toujours été, dans les limites du raisonnable, partisan de cette excellente et essentiellement conservatrice opération. Les textes sont là pour le prouver.

J'ai eu, il y a quelque vingt-cinq ans, l'honneur d'appliquer le premier dans toute leur rigueur les principes de mon excellent ami Ollier, à propos d'une résection du coude que nous pratiquâmes ensemble à l'hôpital Beaujon, ce qui me valut même de la part de Sédillot une mercuriale assez vive écrite dans des termes assez désobligeants. Depuis lors Ollier me rendra cette justice que j'ai toujours été l'avocat de ses travaux tant qu'ils ont été attaqués dans les sociétés savantes ou dans la presse[1].

Faut-il rappeler que, assisté de mes éminents collègues Lefort et Legouest, j'ai réséqué et guéri deux hommes atteints de plaie du genou par arme à feu et cela à une époque où les résections traumatiques n'étaient guère usitées en France? N'ai-je pas fait faire à mes élèves Dubourg et Bide des thèses sur les résections anaplastiques où sont consignés plusieurs faits de ma pratique? Mon ami et collègue à la Société de chirurgie, M. Nepveu, n'a-t-il pas puisé largement dans mes notes pour rédiger son mémoire sur les résections du poignet et laisse-t-il jamais passer plus de six mois sans présenter à la Société de chirurgie quelques sujets opérés à la clinique chirurgicale de la Pitié?

Et pour d'autres résections, ai-je été moins explicite? N'ai-je pas recommandé vivement la résection partielle ou totale de la mâchoire

1. Voir dans le beau livre de M. Ollier sur les résections, page 418, avec quelle sévérité il juge lui-même, bien que non suspect, on en conviendra, les applications abusives de ces opérations.

supérieure dans la cure de certains polypes naso-pharyngiens; n'ai-je pas traduit, commenté et introduit en France, les procédés de Rizzoli et d'Esmarch, c'est-à-dire les résections partielles du maxillaire inférieur pour combattre certaines formes de resserrement permanent des mâchoires?

N'ai-je pas proposé et mis en pratique maintes fois la résection préalable du coccyx pour faciliter l'extirpation de certains néoplasmes rectaux ou la recherche du rectum imperforé? Ai-je hésité, comme je l'indiquai plus haut, à réséquer deux longs fragments costaux à un collègue qui m'est bien cher? Tout récemment encore, j'appliquais à la flexion permanente des doigts les principes de la résection anaplastique, et dans un cas où une opération sur la région temporale avait découvert l'articulation temporo-maxillaire saine d'ailleurs, je n'ai point reculé devant la résection de cette jointure pour prévenir une ankylose qui eût été fort gênante en cas d'arthrite suppurée.

Jadis du reste j'avais déjà résolument proposé en cas de syndactylie de réséquer le squelette d'un doigt pour fournir assez d'étoffe cutanée pour recouvrir les autres. Je pense qu'après ces citations, si on ne me range pas parmi les résécophiles à outrance, on ne me comptera pas davantage comme résécophobe.

A la vérité, plus je vais et moins je pratique de résections, au moins dans les cas traumatiques ou pathologiques. Mais la raison en est bien simple. C'est que, partisan très convaincu de ce que j'appelle *acta minoris periculi*, je préfère des moyens plus doux et qui réussissent tout aussi sûrement. Personne ne contestera que les antiseptiques : bandage ouaté ou pansement de Lister, bains ou pulvérisations phéniqués prolongés, suffisent le plus souvent à guérir vite et bien les plaies articulaires même compliquées de fractures ou de luxations; alors à quoi bon réséquer?

Pour les synovites inflammatoires franches ou fougueuses sans tubercules ou avec tubercules en quantité modérée, l'immobilisation, la révulsion, la compression méthodique, le traitement interne et aussi les injections iodoformées sauvent la plupart des articulations malades sans le secours du bistouri ou de la scie. L'arthrotomie antiseptique, avec ou sans drainage, compte également de nombreux succès. J'avais récemment dans mes salles trois ostéo-arthrites du coude et cinq arthropathies graves du cou-de-pied; tout cela est guéri ou en voie de guérison prochaine par le seul emploi des moyens de douceur : un seul cas est encore en suspens, parce que le patient est tuberculeux des pieds à la tête : poumons, épididyme, prostate, ganglions lymphatiques, tout est pris, mais la résection ne ferait pas

mieux que l'amputation, et si quelque intervention devient nécessaire, c'est au sacrifice de la jambe qu'il faudra recourir.

Ce que je viens de dire des résections pathologiques s'applique à d'autres opérations dont j'ai critiqué l'abus, sans toutefois en proscrire absolument l'usage : je veux parler du raclage des abcès froids. J'étais si peu satisfait des moyens classiques ; ponction, drainage, incision large, etc., que je fis loyalement l'essai du procédé nouveau. Puis ayant soin de suivre longtemps les opérés, ce que n'ont pas fait tous les partisans de la méthode, j'ai trouvé que les résultats étaient quelquefois bons, le plus souvent, et je ne suis pas le seul de cet avis, médiocres, sinon tout à fait détestables, et cependant je n'étais jamais entré ni dans l'abdomen, ni dans la cavité du rachis.

Depuis lors j'ai imité les chirurgiens autrichiens dont quelques-uns, et des plus éminents, sont très conservateurs, et j'ai appliqué sur une large échelle les injections iodoformées. Le succès ayant dépassé mes espérances, j'ai abandonné le raclage, et si j'y ai recours jamais, ce ne sera qu'à titre tout à fait exceptionnel. On voit par là que je ne change pas et que je ne critique pas sans motifs sérieux.

On pourrait conclure, en effet, que ma pratique est contradictoire, parce que je ne fais pas en 1885 exactement ce que je faisais en 1865 et 1875, par exemple ; mais j'avoue très bien ces variations. Voyez en effet ce qui se passe pour les anévrysmes des membres.

Il y a vingt ans environ, les ligatures des grosses artères étaient considérées à bon droit comme fort graves ; alors je poursuis avec ardeur les applications de la compression mécanique et digitale, locale ou à distance, de la flexion et de l'extension ; j'essaie même un jour une injection coagulable. Maintenant qu'avec les pansements antiseptiques et surtout le pansement ouvert les ligatures ont perdu beaucoup de leur gravité, je les utilise de nouveau quand les moyens de douceur sont inapplicables ou qu'ils ont échoué pour le traitement des anévrysmes et des hémorrhagies artérielles.

Pour terminer ce plaidoyer *pro domo meâ*, me sera-t-il permis de revendiquer discrètement une certaine initiative en médecine opératoire ? J'énumérerai par exemple la rectotomie linéaire, curative ou palliative, la résection du coccyx dont j'ai parlé plus haut, l'emploi du galvano et plus tard du thermo-cautère dans la trachéotomie chez l'adulte, l'une des plus redoutables opérations de la chirurgie.

A ce propos, je puis, ouvrant une parenthèse, pour prouver combien je suis réactionnaire et encroûté, rappeler :

1° Qu'à peine Krishaber, de regrettable mémoire, avait réhabilité la laryngotomie circo-thyroïdienne, que je m'empressais de l'adopter comme méthode de choix dans l'ouverture des voies aériennes chez l'adolescent et l'adulte;

2° Qu'à peine Paquelin et Colin avaient fait leur merveilleuse découverte, que le premier à Paris, c'est-à-dire dans le monde chirurgical entier, je mis l'instrument à l'épreuve en enlevant à son aide une tumeur de la face interne de la cuisse qui pesait bien deux kilogrammes, sinon plus.

J'ai également cru bon de modifier plusieurs procédés opératoires. Pour les amputations, j'enlève les membres comme s'il s'agissait d'une tumeur ordinaire; — pour les résections et l'extirpation des tumeurs de la face, j'associe un certain nombre de mesures qui préviennent non seulement la perte du sang, mais encore la pénétration de ce liquide dans les voies aériennes et digestives, ce qui me dispense d'employer diverses opérations adjuvantes qui par elles-mêmes ne sont pas sans péril; telles : la position de Rose (les opérés ont la tête en bas) la trachéotomie préventive ou le tamponnement du larynx, etc. Pour empêcher mes malades de mourir de faim et de soif, j'ai vulgarisé avec Krishaber l'emploi de la sonde de caoutchouc rouge laissée en permanence dans la narine, la bouche et l'œsophage.

Pour l'extirpation des tumeurs, que je m'efforce de faire rentrer, contrairement à l'opinion vulgaire, dans les opérations réglées, j'associe de même l'écraseur linéaire, les ligatures préalables, le thermocautère, de façon à réaliser l'économie du sang et la très large ablation des parties malades. Au lieu de la distension des nerfs, j'ai imaginé la *neurothripsie*, que j'ai appliquée deux fois déjà et qui m'a donné un beau succès. Pour l'amputation du col de l'utérus, j'ai proposé un procédé qui rend je crois l'opération plus facile et plus sûre.

Pour les rétrécissements de l'œsophage j'ai, de concert avec M. Collin, modifié la sonde œsophagienne de façon à traverser sans difficulté des obstacles réputés infranchissables.

S'il ressort de l'énumération précédente, d'ailleurs fort incomplète, que j'ai exploré presque tous les points du domaine de la chirurgie active, je ne fais nulle difficulté d'avouer qu'il est un certain nombre d'opérations que je n'ai point pratiquées jusqu'à ce jour. La liste en est même assez longue.

Je citerai par exemple les extirpations du larynx, de l'utérus, du corps thyroïde, de la rate, de la vésicule du fiel, des ovaires sains, etc.; les résections de l'estomac, de l'œsophage, de l'intestin, pour gan-

grène ou néoplasme, du poumon, du cerveau; la trépanation préventive dans les fractures du crâne, la résection des vertèbres luxées ou malades, la décapitation du fémur pour les luxations congénitales de la hanche, la ligature de l'aorte, du tronc brachio-céphalique, de l'iliaque interne, de la sous-clavière, pour hémorrhagie ou anévrysme, la transfusion du sang, la ligature des deux vertébrales pour guérir l'épilepsie, etc.

Je n'ai pas utilisé davantage les opérations d'Hégar, d'Alexander et d'Emmet, ni les trop nombreux moyens chirurgicaux destinés à combattre la stérilité féminine.

Or, il est évident que, pour certaines de ces opérations, l'occasion clinique seule m'a manqué; car je suis prêt dès demain à lier par exemple la sous-clavière ou l'iliaque interne; je pratiquerais tout aussi bien, comme Reybard et Kœberlé, si le diagnostic était bien posé et s'il n'existait aucune contre-indication sérieuse, la résection d'un segment limité de l'intestin affecté de néoplasme ou de rétrécissement.

De même que j'ai conseillé, approuvé et exécuté moi-même la cholécystotomie (les observations sont inédites encore), je me déciderais sans doute, le cas échéant, à faire l'ablation de la vésicule biliaire tout entière, comme j'étais disposé tout récemment à faire l'ablation d'une tumeur vésicale à l'aide de la taille hypogastrique devenue opération préliminaire.

Il n'est pas jusqu'à l'ablation de l'utérus cancéreux dont je n'admette l'utilité en des cas à la vérité tout à fait exceptionnels.

Je ne jure pas qu'un jour où tout aura échoué, et où il y aura chance non pas de prolonger la vie de quelques heures, mais bien de la sauver, je ne réclamerai pas le sang d'un de mes élèves (et pourquoi ne fournirais-je pas le mien à la rigueur?) pour faire la transfusion.

Mais pour certaines autres hardiesses modernes, j'avoue que jusqu'à nouvel ordre je me tiens sur la réserve, n'étant convaincu ni de leur utilité définitive, ni du service même temporaire qu'on rend à ceux qu'on y soumet. Il ne me serait pas difficile de montrer que plus d'une opération faite sans urgence et sans nécessité pour remédier à de simples difformités ou infirmités, incapables par elles-mêmes de compromettre l'existence, ont entraîné la mort de façon à constituer de véritables homicides par imprudence (je connais trois cas de mort consécutifs à la suture du col utérin déchiré, et de deux pauvres enfants réséqués pour luxation congénitale de la hanche, l'un a succombé).

Il ne faut pas vous attendre à voir appliquer dans ma clinique ces conquêtes douteuses de la chirurgie, et à ceux qui objectent que pour juger les méthodes et les procédés il faut des faits, je réponds que je laisse à d'autres la recherche préméditée et périlleuse de ces faits, trouvant qu'elle chargerait un peu trop ma conscience.

Ceux qui me représentent comme hostile aux opérations en général sont bien forcés de reconnaître qu'en mainte occasion j'ai recommandé l'intervention précoce et radicale, et combattu les demi-mesures et les atermoiements. Alors ils cherchent à me mettre en contradiction avec moi-même sans voir ou en feignant de ne pas voir que c'est pour des cas tout différents que ma conduite est différente. Si pour les arthrites et certaines affections inflammatoires chroniques je suis temporisateur obstiné, je condamne chaque jour les délais déplorables qu'on apporte à la destruction des néoplasmes.

En ce moment même nous avons dans nos salles une série de faits démontrant les résultats funestes de l'indécision et de l'expectation en pareille matière.

Au n° 1 de ma salle Lisfranc est couchée une jeune femme de vingt-trois ans, enceinte de six mois et atteinte en même temps d'un adénome du sein qui existe au moins depuis deux ans et demi. Comme cela arrive d'ordinaire, la tumeur s'est beaucoup accrue en ces derniers temps sous l'influence de la gestation et tous les jours elle fait encore des progrès. Ici la conduite à suivre est fort embarrassante; si nous agissons en ce moment, nous faisons courir à la malade les chances défavorables d'une opération importante faite pendant la grossesse. Si nous attendons, le néoplasme pourra prendre des proportions considérables et même changer de nature, de façon que l'ablation sera beaucoup plus étendue et peut-être suivie d'une récidive prompte. Notez que l'ajournement devrait être considérable, car si les opérations sont graves pendant la grossesse normale, elles le sont plus encore pendant l'état puerpéral, qui dure au moins deux mois après l'accouchement. On ne pourra donc enlever ce sein que dans cinq mois environ, ce qui lui laissera le temps de doubler de volume et se dégénérer.

Tout cela eût été évité si dans le cours des deux années précédentes on avait supprimé cette tumeur alors grosse à peine comme une noix.

Un autre exemple nous est fourni par un homme de trente-deux ans, robuste en apparence, entré dans notre service pour un sarcocèle dont le début remonte à trois ans et qui depuis deux ans au moins présente des caractères qui auraient rendu le diagnostic pos-

sible. Bien que ce malade ait consulté à plusieurs reprises, c'est il y a six semaines pour la première fois qu'on lui a conseillé l'opération. Or celle-ci est impraticable, car il existe actuellement dans la fosse iliaque interne une tumeur secondaire du volume d'un gros œuf de poule. Il y a deux ans et demi que la castration aurait dû être pratiquée.

La même incurie a produit les mêmes résultats lamentables chez un homme d'une soixantaine d'années, grand et vigoureux, et qui porte dans la région oculaire gauche un vaste épithélioma sudoripare qui a creusé dans la face une énorme excavation. Le mal a commencé il y a sept ans par un petit bouton à la paupière, près de la tempe. La première opération a été faite il y a quelques mois à peine; mais elle n'a pu être radicale et une récidive inopérable se montre aujourd'hui.

Ce malheureux, encore plein de courage et de vigueur, est absolument perdu parce qu'on a attendu trop tard, car remarquez qu'il porte un néoplasme essentiellement bénin qui apparaît toujours superficiellement, qu'on peut donc toujours détruire sans peine quand il est de petite dimension et dont il est possible d'ailleurs de détruire la récidive limitée, car il n'infecte pas l'économie. Attaqué convenablement il y a six ans, cet adénome eût été facilement guéri.

Même remarque pour deux cas de cancer de l'anus (l'un d'eux est dans mes salles et l'autre appartient à ma pratique civile). Il s'agit de deux femmes de belle constitution, ayant dépassé la cinquantaine, et qui toutes les deux avaient été soignées pour des prétendues hémorrhoïdes quand elles ont réclamé mes soins. Je les ai opérées toutes deux; toutes deux sont en récidive. Or, comme elles étaient atteintes de cancer anal, qui par son siège se prête très bien à une extirpation large et efficace, quand elle est faite à temps, tout porte à croire que l'ablation eût été suivie de succès ou du moins d'une longue trêve si elle n'avait pas été malencontreusement différée pendant près de deux ans.

En trente ans de pratique, j'ai rencontré par centaines des faits de ce genre, et cent fois je les ai déplorés. Mes objurgations décideront-elles les praticiens à agir plus vite? Je l'espère et je prêche dans ce but.

On fait à l'intervention précoce trois objections principales :

Le diagnostic est difficile;

Les opérations sont malaisées;

Les actes chirurgicaux sont dangereux.

Examinons la valeur de ces arguments. Sans doute le diagnostic

des néoplasmes profonds est souvent obscur, mais pour les tumeurs superficielles qui précisément se prêtent à l'exérèse, il est en vérité possible dans l'immense majorité des cas, pour qui sait observer la marche des néoplasmes et reconnaître leurs caractères essentiels. Quelques explorations d'ailleurs facilitent la tâche. Dans les cas douteux où il s'agit par exemple de distinguer une production syphilitique tertiaire d'un néoplasme vrai, le traitement sert de pierre de touche. Si en deux ou trois septénaires au plus l'hydrargyre ou l'iodure de potassium n'ont pas amené une amélioration décisive, prenez le bistouri sans crainte. J'ajoute qu'à la rigueur et avec l'innocuité actuelle des opérations bien soignées, je me consolerais plutôt d'avoir enlevé une gomme que d'avoir laissé un épithélioma grossir et se généraliser faute de l'avoir enlevé à temps.

Les opérations chirurgicales effraient, je le sais, un bon nombre de praticiens jeunes et vieux qui au temps de leurs études n'ayant guère cultivé la médecine opératoire à l'amphithéâtre, hésitent à faire leur apprentissage sur le vivant. Le scrupule est évidemment respectable, mais il y a opérations et opérations. Je ne conseillerai certes pas aux novices d'entreprendre l'ovariotomie ni la résection du maxillaire supérieur. Mais tout le monde peut se risquer à enlever un sein, un testicule, un globe oculaire, à réséquer une plaque épithéliale de la langue, des lèvres, du pénis, avec l'écraseur et le thermo-cautère, en suivant les préceptes nettement établis, on peut aborder l'ablation du col utérin superficiellement altéré et des épithéliomas limités à la région anale.

Si on se sent tout à fait incapable de faire acte opératoire, on peut du moins, à condition de savoir poser le diagnostic, confier le malade, en temps opportun, à des mains plus habiles ou plus hardies; mais je crois ne rien exagérer en disant que les deux tiers des néoplasmes à leur début pourraient être enlevés très aisément par le commun des praticiens.

Reste la gravité des opérations. Faut-il répéter à ce propos qu'elle a diminué dans une proportion extraordinaire par l'emploi des pansements modernes, des soins préliminaires et du traitement post-opératoire qu'instituent ceux qui ne sont pas étrangers à la médecine et à la thérapeutique.

L'ablation d'une humeur commençante chez un sujet encore sain et quand il n'existe aucun foyer secondaire profond, aucune dégénérescence viscérale est une entreprise tout à fait licite dont les périls sont bien minimes quand on les compare à ceux qui accompagnent les extirpations tardives exigeant de grands délabrements. Donc, je

ne crains pas de formuler cette proposition : que le danger des néoplasmes croît comme le carré des années, sinon des mois, écoulés depuis le début.

Que nos confrères trop timorés sachent donc bien qu'en face d'états pathologiques contre lesquels la thérapeutique est impuissante et pour la guérison desquels la nature ne peut rien, chaque jour de retard apporté à l'acte opératoire accroît le danger intrinsèque et diminue les chances de succès.

La seule difficulté réelle consiste à catégoriser exactement les cas tout à fait rebelles à la thérapeutique, tels le cancer, l'épithélioma, l'enchondrome, etc., et divers néoplasmes incertains comme les hystéromes et les goitres parenchymateux, par exemple, que l'on arrive assez souvent à guérir sans opération sanglante. Pour ces derniers cas, vous me verrez aussi patient, aussi persévérant, aussi conservateur que possible, et vous imiterez ma conduite puisque, le hasard aidant sans doute, je n'ai jamais été jusqu'à ce jour conduit, quel que soit mon ardent désir de sauver mes malades à tout prix, à pratiquer ni l'ablation du corps thyroïde ni l'hystérectomie abdominale.

On se juge généralement mal soi-même, et cependant en me sondant les reins, comme dit la sainte Écriture, je me trouve à la fois très hardi et très réservé ; toujours timoré, craignant fort de ne pas faire assez ou de faire trop, mais surtout ne voulant jamais rien livrer au hasard ni rien tenter d'inutile. Naturellement je vous conseillerai de vous comporter comme, depuis plus de trente ans, je me comporte moi-même.

MÉMOIRES

DE CHIRURGIE

Le 14 février 1883, devant mes collègues de la Société de chirurgie, j'ai énoncé quelques propositions tout à fait subversives et fort contraires aux doctrines en faveur aujourd'hui.

J'ai osé dire que la méthode antiseptique ne sauvait pas tous les blessés et ne justifiait pas toutes les témérités chirurgicales ;

Que la recherche et la réalisation de l'asepsie ne constituaient pas l'unique but de la thérapeutique opératoire ;

Qu'un certain nombre de sujets, opérés et pansés antiseptiquement, mouraient encore, aseptiques il est vrai, mais tout comme s'ils avaient été traités à l'antique manière ;

Qu'en conséquence la méthode antiseptique, malgré son immense valeur, n'avait pas une puissance illimitée ;

Qu'en conséquence aussi la septicémie n'était pas l'unique facteur du pronostic du traumatisme et qu'il fallait ranger à ses côtés l'influence due aux propathies ou états pathologiques antérieurs.

On trouvera dans le présent volume le texte des débats qui ont eu lieu à ce propos, mais comme ces déclarations n'étaient pas de nature à plaire à tout le monde, comme mes discours pourraient bien n'être pas lus ou l'être mal, je veux réagir dès maintenant contre une accusation qu'on a déjà portée et qui consiste à me présenter comme un adversaire de la méthode antiseptique.

Je ne vois guère de meilleure réponse à faire que la publication, en tête même de ce volume, d'un mémoire où je préconise l'un des procédés les plus précieux, les plus puissants de la méthode en question. En lisant ensuite les importants travaux de MM. Bouilly et Jeannel, on verra bien que jamais je n'ai perdu de vue un seul instant la poursuite de l'asepsie, ce qui me donne le droit de me défendre contre ceux qui me trouvent indifférent ou tiède à l'égard de certains procédés exclusifs.

DE LA

PULVÉRISATION PROLONGÉE OU CONTINUE

COMME PROCÉDÉ DE LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE [1]

La doctrine septicémique repose sur cette donnée très simple, que les accidents généraux, qu'on observe à la suite des plaies, traduisent une intoxication spéciale, la septicémie chirurgicale, laquelle a pour agent un poison créé ou élaboré dans le foyer même de ces plaies, et pour cause immédiate la pénétration, à un certain moment, de ce poison dans le torrent circulatoire [2].

En conséquence, la méthode antiseptique, pour remplir complètement sa tâche, doit :

Prévenir l'empoisonnement;

Le combattre, s'il est effectué.

Pour la prophylaxie, il suffirait à la rigueur d'empêcher l'absorption du poison septique, mais il est encore plus sûr de prévenir sa formation ou de le détruire dans les plaies elles-mêmes s'il s'y est formé.

Pour combattre l'intoxication réalisée, il faut poursuivre le poison dans l'organisme, pour le neutraliser, s'il est possible, ou favoriser son élimination par les émonctoires naturels.

Le traitement curatif de la septicémie n'exclut pas l'emploi simultané des mesures prophylactiques. En effet, la plaie recélant toujours le poison, de nouvelles doses peuvent pénétrer dans l'économie et s'ajouter aux premières; de là, continuation et aggravation de l'em-

1. Communication au Congrès médical de Séville, en avril 1882. — Ce mémoire fait en quelque sorte suite à celui que les *Archives générales de médecine* ont déjà publié en juillet et août 1879 sous ce titre : *Du bain antiseptique prolongé ou permanent*, et qui a été reproduit dans le tome II de mes *Mémoires de chirurgie*, p. 294.

2. Voir à la fin de ce mémoire une note sur la théorie parasitaire de la septicémie.

poisonnement, de là encore, stérilité des efforts tentés par l'art pour neutraliser le toxique et par la nature pour l'éliminer.

Ces diverses indications ne sont pas toujours faciles à remplir, néanmoins, dans la majorité des cas, ou y parvient directement ou indirectement quand on est bien pénétré de la doctrine septicémique et bien au courant des ressources de la méthode antiseptique.

La chirurgie moderne s'est illustrée en découvrant, pour les cas de plaie récente, le moyen de prévenir la formation du poison. Il suffit de protéger cette plaie assez complètement et assez longtemps contre l'action nocive des agents extérieurs et surtout contre les germes qui flottent dans l'atmosphère.

Mais le poison se forme trop souvent encore, soit que les mesures préventives n'aient pas été mises en usage, soit qu'elles aient échoué, soit qu'il s'agisse enfin d'ulcères de cause générale et de plaies anciennes simples ou compliquées de corps étrangers, de gangrène, d'hémorrhagie, etc..

Il faut alors *empêcher l'absorption du poison.* Ici nous sommes beaucoup moins puissants. En effet, nous connaissons mal encore les propriétés et qualités de ce poison; nous ne savons pas exactement quand, comment et pourquoi il traverse les parois de la plaie et pénètre dans le torrent circulatoire; nous ne faisons qu'entrevoir certaines conditions locales qui favorisent cette pénétration, telles : la rétention des liquides, la pression forte dans le foyer, etc.; — ou qui s'y opposent, telles : la formation d'un rempart néoplasique protecteur sur les surfaces de la plaie, et les bonnes qualités de la membrane granuleuse.

Nous constatons, sans trop l'expliquer, l'immunité de certains sujets, et la facilité avec laquelle certains autres, au contraire, sont infectés; mais en somme nous n'avons pas de moyen sûr pour barrer le passage au toxique et mettre l'organisme à l'abri d'une intoxication toujours imminente.

Lorsque celle-ci est réalisée, nous n'avons sur elle, il faut en convenir, que bien peu de prise. Les substances antiseptiques qui pénètrent dans la masse du sang, comme l'alcool, l'acide phénique, l'iode, le chloral, l'iodoforme, etc., ont, probablement, la propriété de neutraliser plus ou moins complètement le toxique circulant dans nos vaisseaux; mais nous ne saurions nous vanter de posséder un antidote notoirement capable *de neutraliser l'agent septique,* mélangé à nos humeurs et imprégnant nos tissus. Nous assistons aux efforts souvent heureux que fait l'organisme pour se débarrasser de cet agent, nous pensons que pour ce poison, comme pour les autres,

la tâche est confiée aux glandes et aux surfaces sécrétantes : muqueuses, téguments, etc. Mais nous savons mal aider la nature médicatrice ; nous ne pouvons pas provoquer l'*élimination du poison* par tel ou tel organe, et dans les cas où les issues ou voies d'expulsion sont obstruées, nous n'avons le pouvoir ni de les dégager ni d'en ouvrir de nouvelles.

De tout ceci résulte :

1° Qu'aussitôt soupçonnée ou constatée, la présence du poison dans la plaie, il convient de chercher à *détruire ce poison*, moyen indirect mais sûr de prévenir l'empoisonnement ;

2° Qu'aussitôt cet empoisonnement reconnu, il convient encore, dans l'état actuel de la science, en attendant la découverte ultérieure d'un traitement interne de la septicémie chirurgicale, d'appliquer localement, c'est-à-dire sur la plaie elle-même, les agents de la méthode antiseptique.

Peut-être n'est-il pas inutile d'insister sur la présence du poison et sur les probabilités de l'empoisonnement.

Les plaies récentes, accidentelles ou chirurgicales, abandonnées à elles-mêmes, surtout dans les milieux encombrés ou malsains, recèlent inévitablement un poison abondant et énergique; mais les plaies anciennes, continuellement ou temporairement mal soignées, peuvent renfermer et renferment souvent le même poison, peut-être il est vrai en proportion moindre et doué d'une moindre activité. Dans les deux cas il y a imminence d'empoisonnement.

Les chances d'infection sont certainement beaucoup plus grandes dans le premier que dans le second ; mais si la différence dépend jusqu'à un certain point des quantités et qualités du toxique, elle s'explique aussi par les conditions anatomiques si dissemblables des plaies récentes et anciennes, le foyer des unes étant ouvert presque sans défense à l'absorption et celui des autres étant, au contraire, plus ou moins garanti contre cette absorption.

Le développement de la septicémie indique clairement, mais un peu tard, il faut en convenir, l'existence de l'agent septique dans la plaie. D'autre part, lorsqu'il n'y a pas d'accidents généraux, rien, en certains cas, ne permet d'affirmer la présence ou l'absence de cet agent, si ce n'est l'expérimentation sur les animaux, qui n'est pas toujours compatible avec les exigences d'un prompt diagnostic. On peut donc, restant dans une fausse sécurité, ignorer, méconnaître, oublier le danger. Si, au contraire, on admet que toute plaie exposée, quelle que soit sa nature, son siège ou son agent, renferme ou peut renfermer le poison septique, on arrivera, comme conclusion pra-

tique, à observer rigoureusement, du commencement jusqu'à la fin et sans relâche, les préceptes de la méthode antiseptique.

Cette manière d'envisager la question n'offre aucun inconvénient; elle ne conduit pas à confondre, comme le font chaque jour ceux qui ne comprennent pas ou ne veulent pas comprendre la doctrine septicémique, le poison, menace du mal, avec la pénétration du poison ou l'empoisonnement, qui est le mal lui-même ; mais elle mène le praticien à conjurer le péril en combattant à la fois la menace et sa réalisation.

Je m'arrêterai particulièrement dans ce travail aux plaies anciennes, parce qu'elles se rencontrent fréquemment dans la pratique journalière ; parce qu'elles sont un peu négligées par les chirurgiens actuels, préoccupés surtout d'assurer l'asepsie des plaies récentes ; parce qu'enfin les pansements justement célèbres de Lister et d'Alph. Guérin ne leur conviennent guère et que, en conséquence, la méthode antiseptique doit créer pour elle des procédés spéciaux.

On peut considérer comme à peu près certainement contaminées par l'agent septique :

1° Les plaies contuses laissées sans soin pendant quelques heures;

2° Les plaies compliquées d'inflammation;

3° Les plaies qui renferment des corps étrangers irritants, des eschares gangréneuses, des détritus néoplasiques;

4° Les plaies en suppuration, profondes, étroites, anfractueuses, en communication avec une cavité naturelle ou pathologique et renfermant des liquides dont l'écoulement est difficile;

5° Les plaies en suppuration même les plus simples en apparence, quand la méthode antiseptique est inapplicable ou n'a pas été employée, ou l'a été trop tard, ou trop peu de temps, ou d'une manière incomplète;

6° Les plaies, enfin, où un premier essai de cette méthode a échoué, comme cela arrive en cas d'insuccès de la réunion immédiate.

Dans tous ces cas, l'indication est formelle; il faut détruire localement le poison si l'on veut écarter les chances d'une septicémie toujours menaçante; mais on comprend qu'aux conditions si multiples de siège et de nature qu'offre le mal, il faut opposer une pareille variété dans le choix du remède.

Il est presque indispensable d'user assez souvent et assez longtemps de liquides capables de pénétrer partout et de baigner les plaies, sans les irriter toutefois, pour neutraliser la matière sep-

tique qu'elles renferment, ou la détruire au fur et à mesure qu'elle tend à se reproduire.

Pour les plaies plates, pour certaines cavités facilement accessibles : vagin, bouche, conjonctive, le pansement antiseptique ouvert, modifié suivant les régions, peut atteindre plus ou moins facilement le but; mais pour obtenir la détersion des plaies, corriger les mauvaises qualités du pus et des produits de sécrétion ou d'excrétion qui s'y mêlent souvent, pour désinfecter les eschares, pour atteindre la matière septique jusqu'au fond des sinus et des clapiers, les lotions, injections et irrigations rendent de signalés services, de même que le bain antiseptique prolongé ou permanent, dont j'ai moi-même vanté les avantages pour toutes les plaies récentes ou anciennes occupant le membre supérieur, depuis l'extrémité des doigts jusqu'à la partie moyenne du bras.

Mais ces moyens, dont quelques-uns sont d'ailleurs inapplicables à de certaines régions du corps, offrent des inconvénients qui empêchent d'en généraliser l'emploi. Au contraire le *spray*, tel qu'il est utilisé dans le pansement de Lister à titre de mesure accessoire, adjuvante et passagère, peut avec quelques modifications devenir un mode de pansement distinct, un procédé particulier de la méthode antiseptique.

Historique. — J'ai commencé à mettre ce moyen thérapeutique en usage vers 1871. J'ai d'abord employé le spray dans le pansement antiseptique ouvert et je ne réclame point de priorité à cet égard, parce que j'avais vu le moyen indiqué je ne sais où. Mais l'application était temporaire et d'ailleurs courte; je ne me servais que du petit appareil de Richardson, qu'on fait manœuvrer avec la main. Cependant, dans certains cas, j'en réitérais l'emploi assez souvent parce que cette petite manœuvre soulage beaucoup les malades et qu'ils la réclament. On soulevait donc les pièces les plus superficielles du pansement et on projetait la vapeur sur les bords de la plaie pendant deux ou trois minutes.

On trouve la première mention de mes essais dans un mémoire sur les névralgies traumatiques secondaires précoces, publié en 1874[1]; mais déjà, en 1872, j'avais employé, avec grand succès, les pulvérisations phéniquées, souvent répétées, dans un cas de phlegmon du moignon, après une amputation de jambe[2] et, plus tard, en

1. Verneuil, *Arch. gén. de méd.*, 1874, 6e série, t. XXIV, p. 550.
2. *Mémoires de chir.*, t. II, p. 490.

1875, j'obtins le même résultat avec le même moyen dans un cas de sphacèle du grand lambeau après une amputation de jambe [1]. C'est également à ce mode de pansement que je crois devoir attribuer la guérison de deux de mes opérés de désarticulation de la cuisse, le premier en 1877 [2], le second en 1881 [3]. Dans ce dernier cas, les pulvérisations furent faites avec l'appareil à vapeur de M. Lucas-Championnère, ce qui permit de la prolonger beaucoup plus.

Depuis, j'ai employé la même méthode dans les circonstances très diverses, d'abord et à titre de mesure prophylactique dans des plaies opératoires tout récentes non encore souillées par le poison septique. A côté du cas déjà cité de désarticulation de la hanche, je signalerai deux extirpations de tumeur laissant après elles de larges plaies superficielles. Dans un cas, il s'agissait d'une tumeur fibro-plastique de la paroi thoracique, du volume d'une tête d'enfant, à si large base, qu'après l'ablation il restait une surface saignante offrant au moins 16 à 18 centimètres dans ses divers diamètres.

Le second cas était bien plus grave encore. Je dus, pour extirper complètement une tumeur ulcérée du cou, enlever en entier le muscle sterno-cléido-mastoïdien, réséquer toute la veine jugulaire interne et dénuder dans la plus grande partie de leur étendue les trois carotides. L'asepsie absolue d'une plaie si énorme était la seule garantie contre les fusées purulentes et les hémorrhagies secondaires; aussi je ne trouvai rien de mieux que le spray pour satisfaire à une indication si impérieuse. Le succès fut complet; il n'y eut pas le moindre accident et le malade quitta mon service sans avoir eu d'autre mouvement fébrile que celui qui succéda à une amydgdalite survenue dans le cours de la seconde semaine [4].

Plusieurs fois, dans ces derniers temps, après avoir pratiqué, pour des rétrécissements syphilitiques étendus, la rectotomie linéaire jusqu'à un niveau très élevé, j'instituai d'emblée la pulvérisation deux ou trois fois par jour, par séances d'une heure environ. La fièvre traumatique manqua complètement; dans un cas nous n'eûmes affaire qu'au retour d'un paludisme ancien qui se manifesta sous forme d'accidents périodiques nettement caractérisés: accès fébriles de courte durée, névralgies et hémorrhagies intermittentes, le tout cédant sans peine à la médication quinique.

1. *Mémoires de chirur.*, t. II, p. 491.
2. *Bull. Acad. de médecine*, 1877, et *Mémoires de chirurgie*, t. II, p. 537.
3. *Bull. Soc. de chirurgie*, 1881, p. 626.
4. Voir quelques détails sur ce cas, in *Gaz. des hôpitaux*, 1er août 1882.

Dans les résections du maxillaire supérieur, la staphylorraphie et l'uranoplastie, on remplace avec avantage les injections et les lotions par le spray, qui baigne les plaies dès que la bouche est un peu largement ouverte.

Tout en reconnaissant que le spray, institué d'emblée, jouit d'une puissance antiseptique préventive des plus manifestes, je le réserve toutefois aux cas exceptionnels où je veux à tout prix éviter la septicémie. En effet, pour les plaies ordinaires, les pansements antiseptiques secs ou humides, ouverts ou fermés, sont infiniment plus commodes, plus simples, plus expéditifs, et à ces divers titres méritent à coup sûr la préférence.

Beaucoup plus nombreuses ont été les applications du procédé aux plaies en suppuration, siégeant surtout au membre inférieur, où l'irrigation continue et la balnéation sont d'un emploi fort malaisé. Dans cette région si exposée aux blessures et aux plaies, le spray prolongé rend presque autant de services que le bain antiseptique au membre supérieur. Maintes fois je l'ai mis en usage dans les cas suivants :

1° Ulcères de jambe sordides et couverts de détritus putrides ;

2° Plaies contuses enflammées et non détergées encore ;

3° Phlegmons diffus ouverts et présentant çà et là des points de sphacèle ;

4° Gangrène diabétique en plaques ;

5° Fractures de jambe, compliquées de plaies, n'ayant pas été traitées tout d'abord antiseptiquement : on réduit, on immobilise avec une gouttière et des attelles plâtrées, en laissant une fenêtre au fond de laquelle la plaie à découvert reçoit le jet de poussière phéniquée ;

6° Plaies articulaires. Un des plus beaux succès à mettre à l'actif du procédé a été obtenu dans le fait suivant :

Fracture de la rotule avec plaie pénétrante du genou par coup de pied de cheval. Arthrite aiguë ; drainage de l'articulation ; lavages phéniqués ; *pulvérisation phéniquée permanente pendant soixante-cinq jours* ; *guérison par ankylose du genou dans l'extension*[1]. — X..., vingt ans, engagé conditionnel au 13e dra-

1. Je dois cette observation à l'obligeance de M. le Dr Berlin, aide-major au 13e régiment de dragons, qui a secondé avec le plus grand zèle M. le Dr Pineau, médecin-major à l'hôpital de Compiègne. Ce dernier, à qui je suis heureux d'adresser ici mes remerciements, a bien voulu accepter mes conseils et ma collaboration dans une cure longue et difficile, dont le succès a été dû principalement à ses soins persévérants et éclairés.

gons, reçoit le 29 janvier 1881, à cinq heures du soir, un coup de pied de cheval à la partie antérieure du genou gauche. Il tombe, ne peut se relever, et ses camarades le transportent à l'infirmerie. Il existe au niveau de la rotule deux petites plaies qui sont le siège d'une hémorrhagie veineuse assez abondante; la rotule est fracturée transversalement et les deux fragments sont distants l'un de l'autre d'environ un centimètre.

M. le Dr Berlin, aide-major du régiment, lave la région avec une solution phéniquée à 3 pour 100, fait l'occlusion des plaies avec des bandelettes de diachylon, applique sur le genou des compresses phéniquées, et par-dessus un bandage ouaté allant des orteils à la partie supérieure de la cuisse. Le tout est fixé par de nombreuses bandes phéniquées.

Ce pansement immobilise assez bien le membre dans l'extension, pour permettre de transporter le blessé. On enroule les deux membres dans une couverture, le membre sain servant en quelque sorte d'attelle. A l'hôpital, on place le membre dans une gouttière, et on l'arrose de temps en temps avec une solution phéniquée à 2 pour 100.

30 janvier. Douleurs pendant la nuit. Pas de fièvre.

31 janvier. Le blessé a moins souffert et mieux dormi. Mais l'ouate et les bandes ont été traversées par le sang. M. le Dr Pineau, médecin-major, défait le pansement et lave soigneusement le membre avec une solution phéniquée tiède. Les plaies ne saignent plus; elles ont l'aspect normal des plaies contuses au troisième jour; plus de gonflement du genou; pas de sensibilité sur les côtés de l'articulation; un peu d'empâtement de la région prérotulienne.

Occlusion hermétique des deux plaies au moyen d'un tampon d'ouate imbibé de collodion; pansement ouaté et phéniqué; on replace le membre dans la gouttière, le pied étant tenu élevé au moyen d'un coussin. Le soir, potion avec 2 grammes de chloral et injection sous-cutanée de 1 cent. de chlorhydrate de morphine.

Jusqu'au 4 février, ni douleur ni fièvre; le 4, dans l'après-midi, frisson violent; 60 cent. de sulfate de quinine. Fièvre, 38°.

Le 5, état satisfaisant; 37°8. On défait le pansement. Le genou est peu douloureux, légèrement tuméfié; les plaies suppurent peu. On les lave avec une solution phéniquée et on les recouvre de bandelettes de taffetas gommé; par-dessus, compresses de tarlatane pliées en huit doubles et imbibées d'une solution phéniquée à 2 p. 100; on recouvre le tout de taffetas gommé maintenu par quelques tours de bandes et on place le membre dans une gouttière.

Pas de selle depuis quatre jours ; 50 cent. de rhubarbe, puis 60 cent. de sulfate de quinine.

Température du soir, 38°,8. — Chloral et morphine.

Jusqu'au 10, même pansement ; la température oscille entre 37°,6 le matin et près de 39° le soir.

10 février. Peu de gonflement, mais douleur plus vive à la palpation ; en pressant le pourtour de la plaie centrale, on fait sortir par cette plaie une cuillerée à café environ de pus sanguinolent, brunâtre. Même pansement. Temp. matin 38°,4. Vers quatre heures, violent frisson ; temp. 40°,6. Un gramme de sulfate de quinine.

11 février. Pas de nouveau frisson ; état général assez bon ; appétit presque nul ; nuit agitée, le malade ne dort qu'à l'aide d'une injection de morphine faite le soir. Temp. : matin, 38°,2 ; soir, 38°,9. Un gramme de quinine.

Le 12 février, appelé en consultation, je reconnais l'existence d'une arthrite traumatique, dont on peut espérer encore la guérison sans opération. Je conseille de continuer le même pansement, et de remplacer par un appareil ouaté et silicaté la gouttière, qui ne paraît pas assurer suffisamment l'immobilisation. Pendant la nuit, violentes douleurs qui se calment un peu le lendemain. La température reste entre 39°,8 et 39°,2.

Le 14, après avoir recouvert la plaie de compresses phéniquées, on applique un appareil silicaté qui enveloppe le membre tout entier et le bassin ; douleurs très vives pendant les mouvements. Temp. du matin, 39°,2 ; du soir, 39°.

15 février. Temp. du matin, 38°,4. Douleurs moins vives ; plusieurs frissons dans la journée. Le soir, temp. 39°,8. On pratique une fenêtre à la partie antérieure de l'appareil, au niveau du genou, qui est très tuméfié et très douloureux à la pression. En pressant en haut et en dehors de la rotule, on fait sortir une assez grande quantité de pus par la plaie la plus externe.

16 février. Temp. 39°,2. Le pus sort en grande abondance. On constate deux décollements sous-cutanés, l'un en dehors, l'autre en dedans du genou, d'environ 6 cent. de profondeur, et partant des deux petites plaies de la face antérieure ; on draine ces décollements et on les lave à l'eau phéniquée. Le soir, 39°,5. Nuit agitée.

Le 17 au matin, 39°,6 ; plusieurs frissons dans la journée ; le soir, 40° ; genou de plus en plus tuméfié et douloureux.

Le 18 au matin, 37°,6 ; plusieurs frissons dans la journée. Le soir, 40°. Je reviens voir le malade et constate, à la partie inférieure et externe de la cuisse, une collection fluctuante paraissant assez

profonde. Chloroforme, ponction avec un bistouri et débridement sur la sonde cannelée ; issue d'une cuillerée à bouche de pus bien lié; le doigt promené dans le foyer ne trouve pas de dénudation osseuse, mais une cavité à parois fongueuses qui ne paraît pas communiquer avec l'articulation. Gros drain dans cette cavité.

Le 21. L'état général et local s'aggravant encore, j'endors le malade, et avec le thermo-cautère, j'élargis l'ouverture de l'abcès ; je fais une autre incision au même niveau, à la face interne du genou, et au moyen d'un trocart courbe, j'introduis dans les deux ouvertures un gros drain qui passe dans le cul-de-sac synovial supérieur de l'articulation. Deux autres ouvertures sont faites de chaque côté de la rotule, à 4 cent. de cet os, et réunies par des drains avec la plaie centrale agrandie. Enfin on draine de la même façon le cul-de-sac inférieur avec un tube qui passe sous le ligament rotulien. Lavages phéniqués à 5 p. 100; perte de sang insignifiante ; issue d'une grande quantité de pus.

Cette opération est suivie d'une amélioration notable, locale et générale.

Le 22. L'appareil silicaté est remplacé par un appareil plâtré qui entoure tout le membre en laissant le genou à découvert; deux fois par jour, on injecte dans les drains une solution phéniquée à 2,5 p. 100, et on recouvre le genou de compresses de tarlatane imbibées de la même solution; la température oscille entre 37°,6 et 39°.

1er mars. Les douleurs reviennent, la température s'élève le soir à près de 40°.

Le 4. L'état s'est aggravé; frissons, vomissements, douleur et tuméfaction du genou ; on pense que l'arthrite s'étend, et pour calmer la douleur, on a recours à l'extension continue faite au moyen d'un poids fixé par une corde à la partie inférieure de l'appareil et passant sur une poulie. Le malade est placé sur un lit mécanique.

Le 5 et le 6. Soulagement marqué, mais le genou se tuméfie de plus en plus et le pus s'écoule mal, malgré le drainage et les injections. Dans la journée, nombreux et violents frissons ; la température monte à 40°,1.

Le 7. Je suis informé de la gravité des symptômes, et je reviens avec toute l'instrumentation nécessaire pour pratiquer la résection du genou, qui paraît inévitable.

Le père du blessé me prie en grâce d'ajourner encore l'opération. L'idée de la pulvérisation continue me vient alors à l'esprit; mais je n'ai pas sous la main d'appareil suffisant ; toutefois comptant l'ap-

pliquer dès le lendemain, je fais d'abord avec le thermo-cautère, entre les deux fragments de la rotule, une incision afin d'ouvrir largement l'articulation qui est remplie de fongosités imprégnées de pus. J'incise ensuite et je draine le cul-de-sac sous-tricipital ; enfin je prescris l'irrigation continue avec une solution phéniquée à 3 p. 100. Le soir, 39°,2.

8 mars. Le matin 38°,8 et 39°,2 le soir ; peu de sommeil ; frissons nombreux et vomissements ; prostration, faiblesse et pâleur extrêmes, inappétence absolue. Dans la journée, on remplace l'irrigation continue par l'appareil à pulvérisation de M. Lucas-Championnière, chargé d'une solution phéniquée à 3 p. 100; suppuration abondante par les drains ; deux fois par jour, on injecte par ceux-ci une solution phéniquée. L'amélioration se montre presque aussitôt ; les douleurs, l'agitation nocturne, les frissons, les nausées diminuent de telle façon, que le 10 mars, tous ces symptômes ont disparu, et que la température oscille ce jour-là entre 37°,6 et 38°,6. La suppuration diminue ; appétit meilleur ; œdème assez considérable de la partie supérieure de la jambe.

Le progrès continue jusqu'au 20 ; les plaies faites par le thermo-cautère sont détergées et couvertes de bourgeons de bonne nature. Température entre 37°,4 et 38°.

Le 20 dans la journée, frisson assez violent ; le soir, la température atteint 39°,6. Le 21, calme. Le 22, nouveau frisson, température, 39°. Du 23 au 27, l'amélioration reparaît ; on remplace les gros drains par de plus petits, et le lendemain 28, la température remonte à 39° 2.

Du 29 mars au 9 avril, elle reste aux environs de 38°. L'état général et local est satisfaisant ; une lamelle osseuse s'est détachée du fragment inférieur de la rotule, la suppuration diminue ; même pansement. Il ne reste plus que trois drains.

Le 9, le 10 et le 11, on cesse la pulvérisation de trois heures du soir à six heures du matin ; pendant ce temps on recouvre la plaie de tarlatane phéniquée.

Mais le 10 et le 11, la température atteint le soir 39°.

Le 12, on rétablit la pulvérisation en permanence. On enlève l'appareil plâtré et on place le membre, après l'avoir bien lavé, dans une gouttière garnie d'ouate. La température s'abaisse dès que la pulvérisation est reprise et reste jusqu'au 25 aux environs de 38°.

Le 25 et le 30 avril, la température atteint 39°, sans cause appréciable.

Le 5 et le 6 mai, la température s'élève encore à près de 39° ; quel-

ques frissons; sensation de pesanteur dans le mollet ; la jambe est toujours œdématiée, surtout à la partie supérieure. On trouve au niveau du jumeau interne une collection qui renferme deux à trois cuillerées de pus ; on y place un drain et on lave avec une solution phéniquée à 2,5 p. 100.

Les jours suivants, la fièvre tombe. Le 12, on enlève le drain. Le 15, l'orifice de l'abcès est fermé, l'œdème a diminué. Les plaies se rétrécissent rapidement. On supprime définitivement la pulvérisation et on panse au cérat. Depuis, la température n'a pas dépassé la normale.

20 mai. On supprime la gouttière. Le membre est dans une extension un peu exagérée, le genou forme le sommet d'un angle obtus ouvert en avant. On y remédie en diminuant le nombre des coussins qui soutiennent le talon et en plaçant sous le jarret un tampon d'ouate ; en peu de jours le membre prend une direction rectiligne, et la saillie tibiale disparaît.

1er juin. Le membre est dans l'état suivant : pas le moindre raccourcissement ; direction rectiligne ; encore un peu d'œdème immédiatement au-dessous du genou; les muscles jumeaux paraissent légèrement atrophiés. Les plaies sont cicatrisées, sauf la plaie transversale qui persiste encore sous l'aspect d'un petit sillon recouvert de bourgeons charnus, large à peine d'un centimètre, et qui se rétrécit de jour en jour. On peut soulever le membre, qui est ankylosé, sans provoquer la moindre douleur.

Aprés avoir recouvert la plaie d'un linge cératé, on applique un appareil ouaté et silicaté recouvrant tout le membre. Le 2 juin, le malade est transporté au chemin de fer, et va achever sa convalescence dans sa famille [1].

J'ai eu à plusieurs reprises des nouvelles de ce jeune homme. La guérison ne s'est point démentie. L'ankylose du genou est complète, mais l'articulation n'est le siège d'aucune douleur. La marche est facile et peut s'exécuter pendant un temps assez long sans fatigue ; de jour en jour, d'ailleurs, le membre prend plus de force.

En somme, dans ce cas, la pulvérisation continue a été employée pendant 65 jours, d'abord du 8 mars au 8 avril, puis du 12 avril au 15 mai. Le blessé l'exigeait impérieusement à cause du soulagement qu'il en ressentait. Voici comment on l'appliquait : le genou était à

1. Cette observation est signalée dans les *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, p. 626, mais d'une façon inexacte, car on y dit que le blessé put retourner dans son pays au bout de trois semaines.

nu, mais seulement à la partie antérieure ; le reste du membre étant recouvert par l'appareil silicaté ou plâtré, un rideau fixé au ciel du lit descendait verticalement au niveau de la partie moyenne de la cuisse pour isoler complètement la région blessée du reste du corps. L'appareil à pulvérisation, posé sur une table de nuit, tantôt à droite, tantôt à gauche du lit, projetait sa vapeur alternativement sur la partie interne et sur la partie externe de la jointure. De temps à autre, un infirmier rechargeait l'appareil quand le réservoir était vide ou quand la lampe à alcool menaçait de s'éteindre.

Je puis encore citer deux cas d'amputation non moins remarquables et dans lesquels le mérite d'une guérison presque inespérée revient pour la plus grande partie à la pulvérisation prolongée.

Amputation de la cuisse au-dessus de la partie moyenne; fusée purulente dans la plaie d'amputation; hémorrhagie dans cette fusée; tamponnement avec une éponge; hémorrhagie de l'artère nourricière du fémur; tamponnement du canal médullaire; pansement antiseptique ouvert avec pulvérisation phéniquée prolongée. Guérison[1].

Un garçon de vingt-cinq ans, pâle, chétif, épuisé par la souffrance, les privations et les chagrins, entra dans mon service pour une arthrite purulente du genou gauche ; plusieurs fistules s'ouvrirent au jarret, à la partie inférieure de la cuisse et supérieure de la jambe, des fusées purulentes remontaient le long du triceps fémoral. En plusieurs points du corps on voyait des ulcérations offrant le plus mauvais aspect; les poumons étaient forts suspects, le foie manifestement stéatosé.

Les douleurs, très violentes, n'avaient été calmées par aucun moyen, mais l'état général était si mauvais que je refusai à plusieurs reprises l'opération réclamée par ce pauvre malade avec une insistance singulière. J'appris depuis qu'il voulait en finir avec la vie et qu'il désirait être amputé, pensant bien succomber à l'acte chirurgical.

Un peu par humanité et sans autre espoir que de faire cesser les souffrances, je cédai et fis l'amputation de la cuisse un peu au-dessus de la partie moyenne par la méthode circulaire. Le membre tombé, deux circonstances fâcheuses surgirent. L'artère nourricière du

1. Ce cas a été sommairement indiqué dans le *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, p. 626.

fémur donnait du sang par un jet sortant du milieu de la moelle. J'essayai vainement d'arrêter l'hémorrhagie, en saisissant avec une pince le vaisseau, qui se rompit, puis en appliquant longtemps la pulpe du doigt sur l'extrémité ouverte du canal médullaire. En fin de compte, je me décidai à introduire et à laisser en place dans ce canal un petit fragment d'éponge fine. Aussitôt le sang s'arrêta de ce côté; mais il coulait d'ailleurs. En effet, bien que j'eusse amputé au-dessus de la partie moyenne, je tombai encore sur un clapier spacieux situé en dehors, sous le fascia lata, et qui remontait jusqu'à la base du grand trochanter. Un pus caséeux tapissait les parois de ce cloaque. Je voulus, conformément aux idées actuelles, ruginer ces parois avec un instrument mousse. A peine avais-je commencé cette manœuvre, que je vis couler en nappe une quantité très notable de sang veineux. L'hémorrhagie continuait, et comme je tenais beaucoup à ménager le sang de mon malade atteint déjà d'une anémie profonde, je me décidai à arrêter ici encore l'écoulement avec la compression directe.

En conséquence, après avoir lavé le clapier purulent avec la solution phéniquée forte, j'y laissai l'éponge, laquelle avait au moins le volume du poing d'un enfant de dix ans.

Si fanatique qu'on puisse être de la réunion immédiate et du pansement de Lister, je doute qu'on ait pu songer à les mettre ici en usage. Avec un clapier purulent, rempli par une grosse éponge, et avec un canal médullaire bourré avec la même substance, le bandage ouaté n'eût guère été meilleur. En réalité, le pansement antiseptique ouvert offrait seul, dans d'aussi fâcheuses conditions, quelques chances de succès, surtout avec addition de la pulvérisation prolongée.

Voici comment on procéda. Les ligatures faites et coupées au ras des nœuds, la plaie abondamment lavée avec la solution à 5 p. 100, le malade reporté dans son lit et couché sur le dos, le moignon fut laissé dans la position horizontale, posé seulement sur un coussin mince et mou, enveloppé de taffetas gommé. La plaie fut recouverte d'une simple couche de tarlatane se moulant sur toutes ses inégalités. On plaça sur la cuisse le pansement dont on se servait autrefois, composé comme on sait d'une pièce de linge triangulaire et de plusieurs compresses longuettes disposées les unes en éventail, et les autres perpendiculairement à l'axe du moignon.

Un bourrelet assez épais de linge et d'ouate entourait la racine du membre, une alèze recouvrait à son tour le bassin et l'abdomen, le tout pour empêcher le liquide de couler vers le tronc. Le membre

sain était complètement enveloppé; quant au moignon, il était à nu sous un petit cerceau supportant les couvertures.

L'appareil à pulvérisation placé au bout du lit, à 80 cent. environ de l'extrémité libre du moignon, projetait sa vapeur sur cette extrémité elle-même. Les séances, répétées deux ou trois fois par jour, duraient de deux à trois heures en moyenne. Lorsqu'elles étaient terminées, on rabattait de bas en haut, et d'un côté à l'autre, sur le moignon, les compresses longuettes de tarlatane, toutes humides de l'eau vaporisée. A la séance suivante, on découvrait de même le moignon et l'on recommençait.

Les suites furent d'une remarquable simplicité. D'abord les douleurs qui torturaient le patient cessèrent sur-le-champ d'une manière absolue. La septicémie chronique disparut du jour au lendemain; le sommeil, l'appétit reparurent, et au bout de quelques jours la plaie complètement détergée offrait l'aspect le plus satisfaisant.

J'avais eu soin dès le lendemain d'enlever la grosse éponge qui tamponnait le clapier. Malheureusement, je n'en fis pas de même pour le petit fragment logé dans le canal médullaire; je comptais sur une élimination spontanée qui n'eut pas lieu, et je fus forcé beaucoup plus tard d'aller par une opération spéciale chercher ce malheureux corps étranger.

Les choses marchaient donc de la façon la plus satisfaisante lorsque, sans cause connue, sans élévation préalable de la température, sans douleur aucune, survint dans le cours de la neuvième nuit, une hémorrhagie assez abondante provenant probablement de la fémorale, dont on ne put retrouver la ligature. L'infirmier d'abord, l'interne de garde ensuite, arrêtèrent le sang à l'aide de la compression.

Le lendemain matin, je trouvai l'opéré fort pâle, mais ni abattu ni terrifié; le pouls était petit, la température basse. Je soupçonnai, sans en avoir à la vérité la preuve, que, convaincu de l'inutilité de tous nos efforts et obsédé d'ailleurs comme il l'était par le désir d'en finir avec la vie, il avait exercé sur sa plaie une certaine violence et provoqué ainsi la chute prématurée de quelque ligature. Je lui parlai avec un peu de sévérité, il ne répondit rien, ce qui me confirma dans mon opinion.

L'accident n'eut pas d'autre suite, et à peine si la guérison en fut retardée. La cicatrisation était terminée au bout de deux mois, et le moignon avait fort bonne apparence. A son centre et au fond d'une dépression assez profonde, on voyait un petit bourgeon charnu et une fistule conduisant jusqu'à l'éponge toujours contenue dans le

canal médullaire et dont j'attendais toujours l'élimination spontanée.

Le malade était méconnaissable tant il avait engraissé et changé de visage. Il marchait fort bien avec ses béquilles. Je dus différer l'application de l'appareil prothétique à cause d'un œdème assez prononcé du moignon.

Je crois, en toute conscience, que le succès est absolument dû, dans ce cas, au mode de pansement mis en usage, et que nul autre procédé de la méthode antiseptique n'eût conjuré le danger extrême d'une amputation pratiquée dans des conditions aussi désastreuses.

Je ne pense pas qu'on puisse mieux faire l'éloge d'un moyen thérapeutique que de le montrer triomphant dans les cas presque désespérés. Au reste, la pulvérisation prolongée m'a si bien habitué à ces miracles, que je l'oppose d'emblée aux lésions traumatiques les plus graves. Qu'il me soit permis de citer un exemple bien concluant.

Arthrite tibio-tarsienne tuberculeuse et suppurée. Lymphangite et érysipèle. Amputation pendant le cours de cette complication et dans son foyer même. Pulvérisation phéniquée prolongée sur la plaie d'amputation laissée béante. Cessation de la fièvre au quatrième jour. Guérison.

P..., 21 ans, cocher, reçoit en mai 1871 un coup de pied de cheval au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite. Guérison rapide. En 1873, gonflement de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du même côté, qui ne détermine pas beaucoup de gêne et n'empêche pas le travail. En avril 1880, nouvelle contusion au niveau de l'articulation tibio-tarsienne et du premier métatarsien. A partir de ce jour, inflammation vive au niveau de ce dernier point; abcès, trajet fistuleux persistant, fongosités, élimination d'un séquestre provenant sans doute de l'extrémité antérieure du métatarsien. L'état général reste bon et le travail possible; mais, à la fin de 1881, la lésion de l'articulation tibio-tarsienne s'aggrave, le gonflement et la douleur s'accentuent davantage. L'inflammation s'est également rallumée dans l'articulation métatarso-phalangienne qui suppure assez abondamment. Le malade pâlit et perd un peu de ses forces. Il entre dans mon service, salle Michon, n° 34, le 14 janvier 1882.

Le 27 du même mois, résection de l'articulation métatarso-phalangienne avec évidement étendu du métatarsien. L'articulation tibio-tarsienne est immobilisée dans une bonne attitude à l'aide

d'un appareil inamovible soigneusement appliqué. Soulagement immédiat, amélioration très prononcée. La plaie de la résection est promptement guérie, mais les lésions vont moins bien du côté du cou-de-pied, quoique l'appareil soit maintenu trois mois en place et que la marche ne soit permise qu'avec des béquilles. A la fin d'avril, le gonflement augmente et on reconnaît sans peine un relâchement des ligaments et une mobilité annonçant le développement d'une synovite fongueuse.

Des pointes de feu multipliées et profondes sont appliquées avec l'aide du chloroforme ; la jointure est de nouveau immobilisée avec un bandage ouaté et silicaté.

Le mois de mai se passe tant bien que mal au point de vue de la lésion locale, mais la santé générale nous inspire des inquiétudes ; le malade maigrit et tousse ; il a perdu l'appétit et vomit de temps en temps. Un mouvement fébrile continu se montre avec exacerbation le soir. L'auscultation révèle les signes commençants d'une tuberculisation des sommets : respiration rude, craquements humides, submatité, etc. Cette constatation expliquait l'insuccès du traitement et la ténacité du mal ; elle devait cependant nous surprendre, car le malade, de haute taille et de belle constitution apparente, s'était toujours bien porté dans son enfance, était issu de parents sains et n'offrait aucune trace ancienne ou récente de scrofule.

L'appareil enlevé vers le milieu de juin, nous constatâmes une aggravation de l'état local. La région antérieure de l'articulation et les régions latérales occupées par les gaines tendineuses sont considérablement tuméfiées et déformées par une épaisse couche de fongosités ; le pus s'écoule en abondance par les orifices des cautérisations antérieures ; bref, l'amputation paraît être la seule ressource qui reste.

Pour être aussi convaincu que possible de sa nécessité, et persuadé qu'il s'agissait d'une arthrite tuberculeuse, je débride encore au thermo-cautère, et par la pression je fais sortir des fongosités qui sont examinées par M. Suchard, lequel a bien voulu me remettre la note suivante :

« Les fongosités examinées sur des coupes, après durcissement dans l'alcool fort et coloration au picro-carminate d'ammoniaque, paraissent formées par un grand nombre de petites cellules embryonnaires groupées autour d'anses vasculaires de nouvelle formation. Au milieu des cellules embryonnaires on voit beaucoup de cellules géantes entourées de leur zone habituelle de cellules plus petites et constituant ainsi des follicules tuberculeux. »

Le 28 juin, l'opération, proposée au malade, est acceptée non sans peine et fixée à la semaine suivante. Mais, sur ces entrefaites, l'état local s'aggrave de plus en plus, une tuméfaction énorme s'empare du pied et du bas de la jambe, la fièvre redouble, un frisson survient, le thermomètre monte le soir jusqu'à 40°,5, les vomissements deviennent opiniâtres, les douleurs reparaissent avec une extrême intensité, enfin la vie paraît prochainement menacée. Ces symptômes alarmants s'expliquent par le développement d'une lymphangite partie des plaies du cou-de-pied, qui à la cuisse se montre sous forme des traînées rougeâtres linéaires ordinaires, et à la jambe sous forme d'un érysipèle diffus. Les ganglions de l'aine sont douloureux et considérablement tuméfiés.

Cette complication et la marche suraiguë qu'elle affectait me rendirent fort perplexe; je prescrivis d'abord purgatifs, sulfate de quinine et applications résolutives, mais au bout de six jours je n'avais rien obtenu; la lymphangite et l'érysipèle persistaient et couvraient une plus large surface, l'état général devenait de plus en plus grave, surtout à cause des vomissements qui rendaient impossible toute alimentation. J'étais donc fortement poussé à agir, car il ne me paraissait pas possible d'attendre la fin de la crise; mais, d'autre part, amputer dans un érysipèle et dans les points mêmes envahis par cet érysipèle me semblait une témérité insigne [1]. Après mûres réflexions cependant, je prends mon parti, et confiant dans la méthode antiseptique, je pratique, le 10 juillet, l'amputation de la jambe à lambeaux antérieur et postérieur, à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen.

Le malade est pansé exactement comme le précédent; la plaie, maintenue béante et recouverte d'une simple couche de tarlatane interposée entre les lambeaux, pour empêcher la réunion si elle avait tendance à se faire, reçoit directement le jet de vapeur phéniquée projeté par l'appareil placé sur une table au bord du lit.

1. Le développement d'un érysipèle après une blessure aggrave certainement le pronostic de celle-ci. On sait moins bien ce qui arrive lorsqu'une opération est pratiquée sur une région affectée d'érysipèle, ou qui en a été récemment atteinte. Tout porte à croire que dans ce cas le pronostic est également aggravé, et que l'existence d'un érysipèle constitue une contre-indication au moins temporaire à toute intervention opératoire; malheureusement les faits sont rares où ce point de pratique est examiné. Déjà j'ai signalé les dangers d'une opération pratiquée peu de temps après la cessation d'un érysipèle. Une amputation tibio-tarsienne effectuée dans ces conditions rappela promptement l'exanthème et fut bientôt suivie de mort (*Mém. de chirurgie*, t. II, p. 703). Je reviendrai plus tard sur la prédisposition à l'érysipèle traumatique résultant d'attaques antérieures de cette maladie.

La pulvérisation est pratiquée pendant six heures, réparties en trois séances dans la journée.

Les douleurs cessent instantanément ; les vomissements s'arrêtent au bout de quelques heures, et la température, le soir de l'opération, descend de quelques dixièmes ; elle est à 39°,8. Du bouillon et du lait sont tolérés. Nuit assez tranquille.

Le 11, un vomissement le matin ; gonflement modéré du moignon ; aspect grisâtre de la plaie ; la lymphangite persiste à la cuisse ; l'érysipèle semble pâlir à la jambe ; la température reste élevée, mais le 14 elle fléchit et le 15 revient à 37°.

A partir de cette époque, d'où date également la disparition de l'érysipèle, l'apyrexie est complète ; le tracé se maintient uniformément entre 37° et 37°,2. La guérison marche de la manière la plus naturelle et peu à peu nous voyons disparaître d'une façon complète les symptômes thoraciques.

La pulvérisation a été continuée à raison de cinq à six heures par jour pendant deux semaines environ, puis les séances ont été plus éloignées et plus courtes.

La détersion de la plaie marcha lentement, mais les lambeaux se rapprochèrent d'eux-mêmes et la cicatrisation s'acheva en deux mois environ sans exfoliation osseuse. Le moignon n'est point conique ; le bout de l'os qui en occupe le centre est recouvert par une cicatrice mince, mais solide et indolente. Aujourd'hui le malade présente toutes les apparences de la plus belle santé.

Les pansements antiseptiques de Lister et de Guérin réussissent merveilleusement dans les amputations des membres : c'est une chose avérée ; mais, quoi qu'on dise, ils échouent parfois, et en particulier à cause de la réunion immédiate quand on a voulu la tenter là où elle est contre-indiquée. Au deuxième ou troisième jour, on constate l'insuccès de cette réunion et l'existence d'un phlegmon du moignon.

Les auteurs modernes passent très légèrement sur ces insuccès et oublient même de dire quelle est, en pareil cas, la meilleure conduite à suivre.

J'étais jadis assez embarrassé dans les cas de ce genre. En effet, les émollients ne conviennent guère ; le pansement antiseptique ouvert ne déterge et ne désinfecte pas assez vite et l'on reste en présence d'une inflammation dangereuse dans le présent et fâcheuse dans l'avenir, car elle amène presque inévitablement plus tard la conicité du moignon. Par bonheur la pulvérisation est assez puissante

pour conjurer l'insuccès du premier pansement. Trois fois, jusqu'à ce jour, je l'ai mise en usage dans de pareilles conditions et trois fois elle a parfaitement réussi. J'ai publié déjà deux de ces faits [1]. Dans le troisième, inédit encore, je n'ai pas laissé les choses aller aussi loin.

Il s'agissait d'une amputation de la jambe au tiers inférieur pour une ostéo-arthrite du pied chez un homme de 50 ans, pâle et chétif. L'amputation et le pansement furent exécutés avec toutes les précautions de la méthode de Lister. L'appareil fut levé le lendemain, et je constatai que le foyer était légèrement distendu par du sang épanché, dont une partie d'ailleurs s'était écoulée par les drains et l'interstice des points de suture. Je me contentai de nettoyer les drains et de replacer le pansement. Le jour suivant, le thermomètre était à 39°2; la tuméfaction du moignon avait augmenté, s'accompagnant de douleur, de chaleur et d'une teinte d'un brun rouge qui m'inspire toujours des craintes. Toutes les sutures furent enlevées, mais la réunion tenait bon. Le thermomètre s'éleva encore et les douleurs troublèrent le sommeil. Le troisième jour, la réunion superficielle tenant toujours, je désunis doucement la plaie en dedans et en dehors et fis sortir un peu de pus de la profondeur. Je suspendis alors le pansement de Lister et je soumis le moignon à la pulvérisation. Deux séances de deux heures chaque suffirent pour améliorer l'état. Dès le lendemain la température avait baissé et les douleurs avaient presque disparu. Deux nouvelles séances de deux heures et demie mirent un terme aux accidents généraux, car le cinquième jour au matin, la température était revenue à 37°2 et toutes les fonctions s'accomplissaient normalement.

Le phlegmon du moignon, de son côté, rétrogradait, malgré la formation d'un abcès situé sous la peau au niveau de l'espace interosseux antérieur, abcès qui remontait à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la ligne de réunion et dont je pus à l'aide d'une douce pression vider le contenu dans l'angle interne de la plaie. Le sommet des deux lambeaux adhérait toujours ; je respectai cette réunion, espérant qu'elle assurerait la bonne forme du moignon. Au bout de quelques jours toute inflammation locale avait cessé et la cure s'effectuait comme à l'ordinaire ; toutefois beaucoup plus lentement que si la réunion avait réussi, et moins vite même que si l'on avait employé d'emblée le pansement antiseptique ouvert et surtout le pansement ouaté d'Alph. Guérin.

1. Verneuil, *Mémoires de chirurgie*, t. II, p. 490-491.

Il est bien juste d'insister sur ce que j'appellerai familièrement la *puissance de sauvetage* de la pulvérisation antiseptique. La réunion immédiate, le pansement de Lister, l'appareil ouaté ont échoué; vainement on a enlevé les sutures et écarté les lèvres de la plaie, l'inflammation allumée progresse et les phénomènes généraux s'aggravent; le péril est menaçant. Or, on institue la pulvérisation prolongée, et tout ce cortège alarmant se dissipe en quelques jours; je dirais presque en quelques heures. La situation au moins pour le moment est sauvée.

Je ne puis résister au désir de rapporter brièvement encore un fait démonstratif.

Pour des motifs qu'il serait trop long d'énumérer ici, je me décidai à pratiquer une résection anaplastique du genou chez une femme âgée et de très médiocre constitution.

L'opération fut facile, mais la coaptation des bouts osseux fort malaisée, ce qui fut peut-être la cause de l'insuccès de la réunion de la plaie transversale. Un pansement ouaté fut appliqué. Au bout de quelques jours, la température s'étant élevée, sans doute en raison d'une poussée de fièvre herpétique, je levai l'appareil. La suppuration était abondante et mélangée de sang, la réunion en partie manquée, les fragments osseux déplacés. J'ôtai les derniers points de suture qui coupaient les bords de la peau, je changeai les drains, je lavai soigneusement la plaie avec la solution forte, et j'essayai une nouvelle application du pansement ouaté. La fièvre, quoique modérée (le thermomètre ne dépassait pas 39° le soir), ne cessant pas, l'état général étant mauvais, je levai le second appareil au bout de trois ou quatre jours. Les choses étaient en fort piteux état. La plaie était béante, l'extrémité inférieure faisait saillie et chevauchait sur le tibia. Les tentatives de réduction par pression directe ou extension provoquaient des souffrances très vives et d'ailleurs ne produisaient rien de bon. La suppuration était abondante, les bourgeons charnus pâles et boursouflés, et toute la région tuméfiée sensible au toucher. Les douleurs étaient même si intenses que la malade me demanda de lui couper la cuisse plutôt que la faire souffrir davantage.

Je supprimai tout appareil, je plaçai le membre dans une gouttière, j'exerçai sur le pied une extension continue pour empêcher au moins le chevauchement des fragments; puis, laissant à découvert le foyer de la résection, c'est-à-dire une étendue du membre d'environ 12 cent., j'instituai la pulvérisation.

En moins de trois jours, la fièvre et les douleurs spontanées

avaient disparu. La malade ne se plaignait plus, sinon quand on imprimait des mouvements au membre. La plaie s'était détergée et avait pris bel aspect ; seul, le chevauchement du fémur persistait ; l'état général était satisfaisant.

J'ignore encore quel parti je prendrai. Peut-être ferai-je une résection du bout fémoral ; peut-être amputerai-je la cuisse ; mais en tous cas, si je me décide à une nouvelle intervention, je l'entreprendrai dans des conditions passables ; la pulvérisation m'aura permis d'attendre et de réfléchir ; cette seconde opération étant métapyrétique au lieu d'être intra-pyrétique, offrira beaucoup de chances de succès.

[J'ai dû depuis amputer la cuisse. J'ai appliqué le pansement antiseptique ouvert ; il n'y a pas eu de fièvre traumatique sérieuse et pendant quelques jours j'ai espéré le succès.

Malheureusement survinrent alors des symptômes de dyspepsie hépatique si communs et si graves chez les malades qui ont longtemps suppuré. Les prières, les menaces, la crainte de la sonde œsophagienne ne purent vaincre l'anorexie et le dégoût absolu pour les aliments solides. La diarrhée se mit bientôt de la partie, et le malade succomba une vingtaine de jours après l'amputation.

On trouva à l'autopsie tous les organes anémiés, mais sains. Le foie seul était énorme et complètement stéatosé.

J'avais eu le tort de pratiquer la résection au lieu de l'amputation et de recourir à cette dernière beaucoup trop tard. Cette observation montre comment les opérés peuvent mourir par le foie.]

J'appellerai tout particulièrement l'attention sur les excellents résultats de la pulvérisation prolongée dans les brûlures larges, profondes et datant de quelques jours ou de quelques semaines. On sait que ces lésions, lorsqu'elles sont récentes, provoquent aisément des douleurs et une fièvre inflammatoire plus ou moins intense. On sait aussi que les pansements sont longs et, en général, fort pénibles pour peu que les pièces adhèrent aux téguments.

Or, la vapeur phéniquée exerce ici de la manière la plus heureuse ses propriétés anesthésiques et antiphlogistiques directes et, en conséquence, sa puissance antipyrétique.

Dans l'intervalle des pulvérisations, on applique sur les parties affectées des compresses de mousseline pliées en plusieurs doubles et imbibées d'une solution phéniquée à 1 ou 2 p. 100. Plus tard, quand la suppuration s'établit et que les eschares se détachent, on observe souvent une septicémie à marche lente, d'autant plus

pernicieuse qu'elle conduit fatalement, si elle se prolonge, à la stéatose viscérale. Le vieux pansement au cérat est justement abandonné ; la glycérine est bonne, mais trop irritante et souvent douloureuse. Les topiques d'ailleurs s'insinuent difficilement sous les eschares à moitié détachées et qui recouvrent de petites nappes de pus. Le spray convenablement dirigé pénètre dans toutes les anfractuosités, hâte l'élimination des eschares qu'il désinfecte d'ailleurs, et combat très efficacement la septicémie. En cas d'hypéresthésie de la plaie, on applique avec avantage une seule couche de tarlatane qu'on peut laisser en place deux jours environ comme dans le pansement antiseptique ouvert, et que le spray traverse sans peine. La mousseline imprégnée de pus sera détachée sans douleur et sans produire de petites blessures à la plaie.

Voici une observation de date récente et qui confirme les données précédentes.

Benetti, 30 ans, entré à l'hôpital de la Pitié, le 2 août 1883. De haute taille, robuste et bien musclé, il est né à Florence, n'a jamais été atteint ni de malaria, ni de syphilis ; il est sobre et jouit d'une excellente santé.

Ce jour même, à 5 heures du matin, travaillant dans une raffinerie, il tomba jusqu'aux genoux dans une cuve de sucre très chaud. Il en sortit d'un seul bond et y séjourna à peine quelques secondes.

Les membres furent immédiatement lavés à grande eau et recouverts d'un pansement avec l'ouate et le liniment oléo-calcaire.

L'entrée à l'hôpital eut lieu à 3 heures de l'après-midi. État général assez bon, point de collapsus, bien que le pouls soit petit; douleurs vives. Température 39°,2. On renouvelle le pansement ouaté.

Le 3 au matin, nuit sans sommeil, douleurs vives, sensation de cuisson insupportable, agitation. Température 39°,2. Le pansement enlevé, on constate les lésions suivantes, portant sur les deux membres, mais un peu plus marquées à droite : face antérieure de la jambe, région tibio-tarsienne, face dorsale des pieds et orteils recouvertes de grosses phlyctènes se prolongeant dans les espaces interdigitaux; au niveau du mollet et de la plante des pieds, rougeur intense sans soulèvement de l'épiderme.

Çà et là, les phlyctènes sont remplies de sérosité noirâtre et le derme sous-jacent présente la même coloration.

Je fais aussitôt disposer les jambes de façon qu'elles reçoivent la pulvérisation phéniquée prolongée. Deux pulvérisateurs fonctionnent

à la fois, l'un à droite, l'autre à gauche du lit. On fait dans la journée deux séances d'une heure chacune.

Dans l'intervalle, on enveloppe les parties brûlées avec des compresses de mousseline imbibées d'eau phéniquée. Le soulagement est très rapide. A 5 heures, les douleurs sont très supportables et la température à 38°,2, d'un degré moins élevée que le matin. On replace pour la nuit un pansement ouaté avec le liniment oléo-calcaire.

Au bout de quelques heures, les douleurs reparaissent, empêchant le sommeil pendant la seconde partie de la nuit.

Le 4, température du matin 38°,5; la pulvérisation est reprise et ramène aussitôt le calme. Le pansement ouaté est définitivement supprimé. L'état local est toujours le même; de nouvelles phlyctènes se sont formées. La sérosité qu'elles renferment, aussi bien que le liquide qui se trouve sous l'épiderme décollé et affaissé, répandent une odeur assez fétide, ce qui s'explique par l'état de saleté des pieds au moment de l'accident. Je recommande d'ouvrir largement toutes les phlyctènes, de réséquer l'épiderme de façon à mettre toutes les surfaces brûlées en contact avec la vapeur désinfectante. Ces manœuvres devront être faites avec beaucoup de douceur et sous le spray. L'élève chargé de ce soin comprend mal et n'exécute pas la prescription. Le soir la température atteint 39°,6; il y a septicémie évidente.

En revanche, les trois séances de pulvérisation font cesser presque complètement la douleur, qui disparaît à partir du 5.

Ce jour-là, le malade accuse une sensation de froid et de malaise. Le thermomètre monte à 40°; les ganglions inguinaux des deux côtés sont gonflés et douloureux; il y a manifestement une poussée de lymphangite double.

On ouvre encore à la plante du pied et à la face inférieure des orteils des phlyctènes remplies de sérosité louche et fétide. Le malaise cède à un purgatif, et, dès le lendemain, le malade se sentant bien, demande de la nourriture. Toutefois la fièvre, allant jusqu'à 39°,5 le soir, se prolonge jusqu'au huitième jour.

A partir de ce jour, le thermomètre ne marque plus que 37°, la guérison est promptement obtenue, à peine retardée dans les points où la brûlure avait atteint le troisième degré.

Il est facile de distinguer dans ce cas les deux actions ordinairement confondues de la pulvérisation phéniquée.

L'effet analgésique a été prompt et décisif; l'effet antiseptique au

contraire est resté incomplet, ce qui s'explique sans peine par la disposition de la lésion locale, c'est-à-dire par la multiplicité des foyers renfermant de la matière putride en contact avec le derme dénudé.

C'est à cette dernière circonstance qu'il faut attribuer le développement de la lymphangite. Au membre supérieur, avec le bain antiseptique prolongé, cette complication eût été peut-être prévenue. Mais il eût été difficile d'empêcher la formation de phlyctènes apparaissant successivement à cause de la résistance inégale de l'épiderme.

Le succès du spray dans les inflammations superficielles du tégument d'origine externe m'a engagé à faire quelques essais dans les cas d'érysipèle et de lymphangite traumatiques. J'ai eu lieu d'en être satisfait.

Je me défendrai, tout d'abord, de vouloir proposer un remède capable de faire avorter toujours et sûrement l'érysipèle.

Bien que je considère cette affection comme contagieuse, inoculable, et probablement parasitaire, je sais trop la part que prend l'état général du sujet à son invasion et à son développement, pour croire qu'une pommade ou un topique pourra juguler l'intoxication déjà réalisée. Toutefois, la pénétration du poison de dehors en dedans, sa propagation dans les couches superficielles du derme, justifient l'espoir de modérer au moins la marche locale de l'exanthème quand il siège dans des régions accessibles du corps, et, de fait, il serait imprudent de nier absolument les avantages de la médication topique dans tous les cas et chez tous les sujets, lorsqu'elle a été tant de fois vantée par des chirurgiens éminents.

Je suis sûr que lorsqu'on fera la distinction entre l'érysipèle dit spontané et l'érysipèle inoculé, on déterminera les cas respectifs où conviennent les traitements pharmaceutiques et le traitement externe. Mais je ne veux pas prolonger cette digression ; je citerai seulement quelques essais.

Gros garçon, scrofuleux, à face bouffie et à membres épais ; adénite suppurée du cou ouverte spontanément ; refroidissement, frisson, fièvre, tuméfaction considérable de la moitié de la face, de l'oreille et du cou.

A l'entrée dans mes salles, on reconnaît un érysipèle parti de l'ouverture de l'abcès. On institue sur les parties malades la pulvérisation, qui est très bien supportée et fait cesser la sensation de brûlure, de cuisson et de tension.

Le lendemain, la tuméfaction a diminué de moitié. Le troisième jour, tout va bien; le quatrième jour, la desquamation commence. L'érysipèle n'a pas franchi la ligne médiane. On avait dans les trois jours fait environ douze heures de pulvérisation.

Un garçon de 18 ans, blême, pâle, hébété, vicieux, d'apparence cachectique, mal chaussé, mal vêtu, vagabond, mourant de faim, est apporté dans mon service. A la suite d'une légère excoriation du talon, le membre inférieur tout entier est devenu le siège d'un gonflement considérable d'un rose pâle, avec marbrures livides, éparses çà et là.

L'épiderme est soulevé en plusieurs points du dos du pied et de la jambe; d'ailleurs, il semble s'agir d'une inflammation sous-cutanée où l'on serait tenté de pratiquer des incisions comme dans le phlegmon diffus. Engorgement douloureux des ganglions de l'aine. Langue sale, inappétence, fièvre assez forte; plusieurs frissons les jours précédents.

Le membre est convenablement disposé de façon à ce que toutes les faces de la jambe soient successivement touchées par la vapeur. Trois séances ont lieu le premier jour, durant en moyenne deux heures. Limonade vineuse; potion de Todd; bouillon, lait.

Le quatrième jour, tout avait disparu, phénomènes locaux et symptômes généraux; aucune collection ne s'était formée.

On n'avait pulvérisé que sur la jambe; néanmoins la cuisse s'était dégonflée, ainsi que les ganglions inguinaux.

En ce moment même j'ai dans mes salles un homme atteint de fracture du crâne à gauche, avec plaie du cuir chevelu, paralysie incomplète du nerf facial, hémiplégie du côté opposé à la fracture; bref, état très grave. Un érysipèle, parti de la plaie, a rapidement envahi la moitié correspondante de la tête et une partie de la face et du cou. Je l'ai attaqué aussitôt par la pulvérisation. La température, élevée à 39°5, est tombée le lendemain à 38°2. Le surlendemain, nouvelle ascension brusque; l'érysipèle, passant par la nuque, a envahi l'autre moitié du crâne; l'oreille droite est fortement tuméfiée. La pulvérisation poursuit le mal. Au bout de vingt-quatre heures, l'oreille est dégonflée et la température revenue à 38°. Jamais je n'avais vu un érysipèle de la face et du cuir chevelu évoluer avec tant de rapidité.

Au reste, je me propose de poursuivre ces expériences sur l'érysipèle, qui d'ailleurs n'ont aucun inconvénient.

J'ai pu tout récemment encore constater cette action résolutive du spray prolongé en cas d'inflammation superficielle.

Un homme de 48 ans entra dans mon service pour une fracture de la jambe gauche par cause directe. Un coup de pied porté sur le quart inférieur du membre avait brisé les deux os et fait une petite plaie cutanée au niveau de la face interne du tibia, à deux travers de doigt au-dessus de la base de la malléole interne. La réduction avait été assez malaisée et le déplacement tendait à se reproduire; c'est pourquoi mon interne avait fait l'occlusion de la petite plaie et appliqué l'appareil de Scultet ouaté qui rend de grands services en pareil cas.

Je vis le malade le lendemain matin. Il se plaignait d'avoir souffert la nuit, et, quoiqu'ayant peu de fièvre, il avait le visage animé et semblait agité.

Bien que l'appareil me parût fort bien appliqué et qu'il ne fût pas trop serré, je l'enlevai pour voir directement l'état des choses. Je reconnus que la fracture avait été bien réduite et bien maintenue, mais je constatai en même temps un gonflement considérable du membre avec tension, sensibilité au toucher, et surtout une coloration brunâtre disposée en plaques ou en vergetures faisant craindre le début d'un phlegmon bronzé. J'ai maintes fois insisté sur la gravité de ce symptôme et sur l'impuissance ordinaire de la thérapeutique à son endroit.

Confiant dans l'efficacité du spray phéniqué, je plaçai la jambe fracturée dans une gouttière, bien garnie et bien capitonnée; je la fixai avec soin au niveau du pied et du genou, la laissai à découvert dans toute sa longueur et toute sa moitié antérieure, puis j'installai la pulvérisation. Celle-ci devait être appliquée d'abord pendant une heure et demie, puis reprise dans l'après-midi, le soir, et au besoin au commencement de la nuit. Dans l'intervalle, la partie exposée de la jambe serait recouverte avec une compresse assez épaisse de tarlatane imbibée d'une solution phéniquée à 2/00 et renouvelée assez souvent pour conserver son humidité.

Les résultats furent rapides et excellents. La douleur cessa presque immédiatement et le calme fut aussitôt rétabli; la journée et la nuit furent bonnes. Le lendemain je trouvai le membre un peu gonflé encore, mais partout souple et absolument indolore. La coloration brunâtre avait disparu; la peau avait, en raison sans doute de l'action directe de l'eau phéniquée, une teinte uniforme un peu rouge, mais qui ne m'inspirait aucun souci. Apyrexie complète.

La guérison marcha sans encombre.

Les effets locaux et généraux de la pulvérisation sont d'une constance remarquable et d'une constatation facile. Les malades, à peu près sans exception, accusent une sensation agréable, un soulagement, une détente : il y a diminution marquée de la douleur et de la tension dont les plaies récentes sont le siège, surtout quand elles sont envahies déjà par l'inflammation. Jamais jusqu'à ce jour je n'ai vu un malade refuser le spray ; la plupart le réclament et attendent avec impatience le retour des séances. Je n'ai guère eu l'occasion d'observer cet érythème, cette irritation cutanée que l'acide phénique est réputé produire et qu'à la vérité on observe souvent avec la gaze antiseptique de Lister. La température locale s'abaisse, la rougeur diminue, remplacée par une certaine pâleur des téguments voisins. Assez souvent, au bout d'un temps relativement court, une ou deux heures par exemple, la désinfection de la plaie est complète. Après deux ou trois séances, les eschares elles-mêmes n'ont plus d'odeur.

Il serait intéressant de faire des expériences sur les animaux pour voir jusqu'à quel point et au bout de combien de temps on arriverait à rendre aseptiques les produits renfermés dans des plaies soumises à la pulvérisation. En tout cas, la détersion est généralement très prompte et les plaies prennent vite une fort belle apparence.

L'action locale du spray peut être d'ailleurs très aisément graduée ; il suffit pour cela d'augmenter ou de diminuer la longueur des séances, le degré de concentration de la solution antiseptique, la force de projection du jet de vapeur, etc.

Les effets généraux ne sont pas moins remarquables. Tout d'abord, comme l'atteste la coloration des urines, l'absorption de l'acide phénique se fait rapidement, même lorsqu'il n'y a de plaie ni large ni profonde, en cas d'érysipèle par exemple. Si le patient soumis au spray est en état d'apyrexie, il y reste sans qu'on puisse dire qu'il le doive au procédé mis en usage ; mais si la température était élevée au moment où le traitement est institué, elle ne tarde point à s'abaisser et à revenir bientôt à la normale, ce qui peut s'expliquer soit par la neutralisation de la sepsine dans le torrent circulatoire, soit par la désinfection pure et simple de la plaie, empêchant le renouvellement de l'intoxication, soit enfin par l'élimination spontanée des doses préalablement absorbées. Quoi qu'il en soit, la cessation prompte de la septicémie est un des effets les plus heureux et les plus fréquents de la pulvérisation prolongée.

Sans préjuger de l'avenir et en m'en référant uniquement à ce que j'ai vu et fait, je puis assurer que le spray prolongé ou continu est un des plus puissants procédés de la méthode antiseptique ; qu'il remplit à lui seul presque toutes les indications de cette méthode, empêchant la formation de la sepsine dans les plaies récentes, la détruisant dans les plaies anciennes, prévenant la septicémie et la faisant souvent disparaître quand elle n'est pas trop intense.

La pulvérisation prolongée n'est pas une panacée, et j'ai constaté divers insuccès et même certains inconvénients. Elle peut être insuffisante, impuissante, et parfois même, quoique bien rarement, nuisible.

Un vieillard obèse et probablement alcoolique entra dans mon service pour une luxation du coude gauche avec issue de l'extrémité inférieure de l'humérus à travers une large plaie. La luxation fut réduite et un pansement antiseptique aussitôt appliqué. Le lendemain, il y avait de la douleur, de la fièvre ; le pansement fut enlevé, et l'on constata une inflammation assez vive. L'embonpoint du malade rendait difficile l'emploi du bain antiseptique prolongé. On plaça donc à la partie antérieure du membre fléchi une attelle plâtrée pour maintenir l'articulation immobile ; puis, le bras étant placé commodément sur un coussin, on dirigea sur la région postérieure et interne du coude, où se trouvait la plaie, le jet de vapeur phéniquée.

Les douleurs et la fièvre cessèrent rapidement. Le gonflement seul persistait, mais peu douloureux, l'articulation était à peine enflammée. Les bords de la plaie étaient en contact et en voie de réunion. La suppuration était nulle, au moins à la superficie.

Les choses allèrent à souhait pendant cinq jours, et tout faisait espérer la guérison de cette grave lésion, lorsque, par suite d'un malentendu, la pulvérisation fut supprimée et remplacée par un pansement antiseptique ordinaire. Le lendemain, à la visite, on trouva le malade fébricitant et agité ; la nuit avait été mauvaise. On enleva le pansement, et on trouva les bords de la plaie rouges, tuméfiés ; sur l'un d'eux on remarqua un point sphacélé. On rétablit la pulvérisation, mais en vain ; le phlegmon fit des progrès rapides et le malade mourut trois jours après. L'autopsie ne put être faite.

Cette observation ne prouve rien contre le spray, si ce n'est que sa suppression trop prompte présente des dangers.

Dans le cas suivant, au contraire, la pulvérisation elle-même doit être incriminée.

Chez un jeune homme de province atteint d'abcès de la paroi thoracique devenu fistuleux, j'avais débridé largement le foyer sous-cutané, réséqué dans l'étendue de 8 centimètres une côte malade, enfin ouvert et drainé le foyer purulent intra-thoracique. Pour assurer la désinfection de ces diverses régions de la plaie, la pulvérisation fut pratiquée deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures avec la solution phéniquée tiède.

Tout alla bien jusqu'au quatrième jour, mais à ce moment le malade fut pris d'un accès de fièvre, de point de côté et de congestion pulmonaire. Le médecin ordinaire, fort éclairé d'ailleurs, qui dirigeait la cure, pense même qu'il y a eu un commencement de pleurésie. La pulvérisation fut aussitôt suspendue et un large vésicatoire volant appliqué sur la paroi thoracique. Les accidents cessèrent aussitôt.

C'est le seul cas, venu à ma connaissance, où le spray se soit montré réellement nuisible.

Quelques détails maintenant sur le manuel opératoire. Au début, je me servais exclusivement de pulvérisateurs à boule de caoutchouc qu'on manœuvre avec la main. Il en résultait pour l'opérateur beaucoup de fatigue et d'heures perdues. J'emploie aujourd'hui les pulvérisateurs dits à vapeur, c'est-à-dire mis en train par la lampe à alcool. Ceux de ces appareils qui sont légers peuvent être tenus à la main; les autres sont placés sur un meuble, une table, une chaise, et fonctionnent d'eux-mêmes tant que cela est nécessaire : d'où économie de temps et de personnel. Il suffit de surveiller la marche de l'opération, chose fort aisée dans les salles d'hôpital, où les infirmiers et même des malades un tant soit peu intelligents s'acquittent fort bien de la tâche.

Le prix des appareils, d'abord très élevé, commence à devenir très accessible, puisqu'on en a d'excellents depuis 25 jusqu'à 60 francs. Les liquides antiseptiques se trouvent à peu près partout et ne sont guère coûteux. Outre l'alcool pour chauffer le récipient, il faut une solution phéniquée à 1 ou 2 p. 100. J'emploie fréquemment aussi les solutions d'hydrate de chloral au même titre, surtout pour la face et la cavité buccale, et aussi pour les personnes qui sont incommodées par l'odeur de l'acide phénique ou qui l'absorbent trop facilement.

Il n'est pas inutile de dire que je n'ai jamais vu le spray provoquer le moindre symptôme d'intoxication phéniquée.

La quantité de liquide fournie par le pulvérisateur n'est pas con-

sidérable et ne tend pas à inonder le patient; toutefois il est bon de prendre quelques précautions pour éviter les refroidissements. On place autant que possible le patient sur le bord de son lit, on expose la région malade seule, et on recouvre soigneusement les parties voisines, avec des linges de laine si c'est possible. On soutient les couvertures avec les cerceaux dont on se sert dans les fractures. Si le jet doit être dirigé sur la poitrine, le cou, l'aisselle, on attache au ciel du lit un drap qui retombe en forme de rideau et qui protège la face. Si on pulvérise cette dernière région ou la cavité buccale, on met momentanément un bandeau de flanelle sur les yeux[1]. Suivant qu'on veut baigner la plaie ou y déposer seulement une rosée légère, on approche ou éloigne l'appareil, on ouvre les deux robinets ou un seul, on dirige le jet perpendiculairement ou obliquement sur la surface à humecter. Ce jet, à son maximum de projection, possède une force assez considérable, suffisante pour entraîner le pus, les caillots, les eschares détachées, les brins de charpie adhérents, etc., pour nettoyer, en un mot, les plaies, ce qui dispense d'exercer à la surface de celles-ci ces attouchements détersifs souvent nuisibles, si légers qu'ils soient.

On pourrait encore, si l'on voulait humecter doucement les plaies sans les percuter, étaler à leur surface une petite pièce de tarlatane à larges mailles qui servirait de protection.

Dans les plaies larges ou qui font le tour d'un membre, on peut changer l'appareil de place. Dans le cas de plaie du genou cité plus haut, le pulvérisateur était placé la moitié du temps en dedans, et l'autre moitié en dehors du membre. Dans les cas de vastes brûlures, on pulvérise par segments plus ou moins étendus.

Evidemment le procédé que j'expose ici n'a rien de nouveau ni de caractéristique que la grande durée de l'application; ce que Lister et ses imitateurs font pendant quelques minutes ou quelques quarts d'heure, nous le prolongeons pendant de longues heures et des jours entiers au besoin.

Dans la grande majorité des cas, surtout quand la désinfection première est obtenue, deux ou trois séances de deux à trois heures chaque suffisent amplement dans les 24 heures pour assurer l'asepsie.

1. J'ai vu des malades ayant subi des opérations sur la face, ou atteints d'érysipèle de cette région ou du cuir chevelu recevoir, sans en paraître incommodés et pendant des heures entières, la vapeur phéniquée à 1/100, vapeur qui pénétrait librement dans les cavités nasales, buccales et oculaires. Ce qui m'a conduit à essayer la pulvérisation prolongée dans l'ophthalmie blennorrhagique, conjointement d'ailleurs avec d'autres agents.

Toutefois il n'y a aucune règle fixe. On se guide sur l'odeur des sécrétions de la plaie, sur les anfractuosités du foyer, sur l'abondance de la suppuration, sur les sensations du malade qui réclame la vapeur comme le soulageant plus que tout autre topique.

Trois heures de pulvérisation par jour constituent à peu près le minimum. Pour le maximum, je rappelle le jeune soldat de Compiègne.

Dans les cas ordinaires, lorsque la pulvérisation est suspendue, on applique sur la plaie une compresse de mousseline imbibée d'eau phéniquée à 2 0/0, recouverte d'un morceau d'ouate et de taffetas gommé, en un mot les pièces du pansement antiseptique ouvert le plus simple. Vers la fin de la cure, on se contente souvent de ce dernier pansement, ou l'on applique un pansement ouaté léger.

J'ai la satisfaction d'apprendre que plusieurs chirurgiens ont employé déjà la pulvérisation prolongée. A une visite faite l'automne dernier à l'hôpital maritime de Rochefort, mon excellent collègue et ami, le Dr Duplouy, m'a montré un amputé de cuisse, chez lequel une inflammation du moignon avait été précisément combattue et vaincue par le spray phéniqué prolongé.

Le mémoire qu'on vient de lire ne diffère de la communication faite à Séville que par l'addition d'un certain nombre d'observations cliniques.

Ayant uniquement pour but d'exposer devant mes confrères espagnols et de vulgariser un procédé thérapeutique utile, j'ai laissé de côté à dessein la question théorique et j'ai seulement indiqué, au début, en quelques lignes, les caractères de la doctrine septicémique et les principes de la méthode antiseptique.

On s'étonnera peut-être de voir, dans un mémoire écrit en 1882, figurer encore les termes vagues et surannés de poison putride, d'agent septique, de sepsine, etc., répondant à la théorie chimique de la septicémie chirurgicale, au lieu d'y trouver une adhésion franche à la théorie parasitaire attribuant toute la maladie au vibrion septique.

Je pourrais répondre en renvoyant aux quelques pages que j'ai écrites en 1879 sur la pathogénie de la septicémie [1]. Certes, je crois que l'avenir appartient à la théorie des germes ; mais j'estime qu'au jour actuel, malgré les efforts de ses partisans, cette théorie n'ex-

1. Verneuil, *Mém. de chir.*, vol. II, p. 173.

plique pas encore toutes les particularités de nos fièvres chirurgicales [1].

Le praticien veut des notions simples et claires. Or, l'idée d'un poison se produisant dans la plaie, pénétrant dans l'économie, modifiant le sang et les tissus, faisant naître des désordres fonctionnels, mais pouvant être détruit localement, poursuivi dans l'économie et finalement expulsé, est éminemment compréhensible; et comme les corollaires pratiques viennent aussitôt en confirmer la justesse, les sceptiques, les indifférents et les ignorants ne peuvent plus arguer des dissidences des savants et des obscurités des doctrines pour refuser ou ajourner l'application au lit du malade.

Pour prouver que sur ce terrain les deux théories se valent, cherchons à analyser le mode d'action du spray prolongé.

Voici une plaie récente, pratiquée dans des tissus sains. Vous instituez la pulvérisation préventive, la fièvre ne survient pas. Je puis soutenir que le poison chimique ne s'est pas produit, et vous pouvez croire que les germes, arrivés jusqu'à la plaie, ne se sont point développés.

La plaie est plus ancienne, elle renferme un agent délétère qui, inoculé à un animal, provoque la septicémie. Cependant le blessé ne paraît rien ressentir. C'est, dirai-je, parce que le poison n'a pas envahi le tissu conjonctif ni pénétré dans les vaisseaux; c'est, direz-vous, que le vibrion septique est resté à la porte.

Mais le lendemain la fièvre se déclare, le sang est contaminé, comme on s'en assure sans peine par une expérience sur un chien ou un cobaye. Ce sera pour moi un empoisonnement dû à l'absorption et pour vous une fermentation due à l'entrée des germes par effraction.

Nous instituons sur-le-champ le traitement. Parfois, comme cela arrive si souvent trois ou quatre jours après une opération un peu importante, le thermomètre marque 39° sans que toutefois l'état général soit fort troublé. On administre un purgatif et la fièvre tombe quelques heures après. Je crois avoir favorisé l'élimination du poison et vous pensez avoir arrêté la fermentation putride.

Au lieu d'agir par la médication interne, nous nous adressons à la plaie, d'où évidemment, pour nous deux, part la maladie généralisée.

1. Ceux qui voudront être complètement au courant de cette grande question des intoxications chirurgicales, septicémie, pyohémie, etc., n'auront qu'à lire le travail de M. Maurice Jeannel, dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. I^er^, 1883. C'est de beaucoup l'œuvre la plus remarquable qui ait écrite sur ces sujets difficiles.

Nous appliquons le spray; la température tombe rapidement; dix ou douze heures après, la fièvre a cessé. J'y vois la preuve que j'ai détruit le poison dans la plaie, que j'ai mis par conséquent un terme à son absorption, et que l'économie s'est débarrassée de celui qu'elle avait emmagasiné déjà.

Vous n'êtes pas plus embarrassé. La fermentation putride a cessé dans la plaie; les microbes n'ont plus franchi les parois du foyer traumatique. La colonne parasitaire imprudemment engagée dans le torrent circulatoire ne recevant plus de renforts périt, et avec elle la fermentation intérieure.

Tous deux nous nous gardons bien de chanter trop tôt victoire, sachant que mon poison ou votre microbe ne tardera pas à reparaître dans la plaie pour pénétrer ensuite dans l'organisme et renouveler l'attaque de septicémie. Aussi tous deux, après un repos plus ou moins long, nous replaçons la plaie sous l'action du spray phéniqué.

Ce qui peut donc rassurer les esprits timorés, c'est que l'efficacité de la pulvérisation s'explique aisément à quelque point de vue théorique que l'on se place. On comprend très bien que la vapeur phéniquée s'insinuant partout, rende impossible la formation première du poison ou le détruise partout où il s'est formé. L'action mécanique, exercée par la projection elle-même, favorise certainement l'absorption du principe antiseptique, acide phénique, chloral, etc. Si l'on croit au vibrion septique, anaérobie comme on sait, on conçoit que cette sorte de douche aéro-liquide anéantisse d'abord les microbes de la surface, et mieux que tout autre agent aille poursuivre ceux de la profondeur où ils prolifèrent en paix dans une plaie en repos.

En résumé, en attendant que le débat soit clos entre les expérimentateurs naturalistes ou chimistes, nous autres chirurgiens nous pouvons employer la pulvérisation prolongée avec confiance et la considérer comme un des procédés les plus précieux de la grande méthode antiseptique.

APPENDICE

Depuis la publication du précédent mémoire, a paru la thèse de M. Jannin, intitulée : *Contribution à l'étude du traitement de certaines affections chirurgicales du membre supérieur par les bains antiseptiques prolongés.* Paris, 8 janvier 1883. Cette thèse renferme deux observations recueillies dans mon service, et que je vais reproduire.

La première est intéressante, parce que le bain antiseptique fut impuissant à calmer des douleurs et une fièvre à allures périodiques, qui guérirent parfaitement par le sulfate de quinine.

B..., trente-deux ans, tonnelier, entre le 16 décembre 1882 à la Pitié, salle Michon, n° 39, pour un panaris de la première phalange du médius droit, consécutif à un léger écrasement du doigt pris entre deux barriques.

Le panaris n'a paru que trois jours après l'accident, le 9 décembre; au bout de trois jours, le malade vint à la consultation, où on fit une incision comprenant toute la première phalange, empiétant de 1 centimètre sur la seconde, et de 2 centimètres sur la paume de la main. Il fut soulagé momentanément, mais bientôt il fut pris de frisson et de fièvre, les douleurs revinrent et il se décida à entrer à l'hôpital.

La plaie a assez bon aspect, bien que légèrement gonflée; ganglions de l'aisselle engorgés, mais non ceux de l'épitrochlée; aucune trace de lymphangite; douleurs très-vives depuis l'extrémité du doigt jusqu'au poignet. L'état général est moins satisfaisant : fièvre, appétit nul, agitation la nuit.

On prescrit deux bains phéniqués de une heure et demie à deux heures chaque, un le matin, l'autre le soir. La douleur fut à peine calmée, et l'état général resta le même.

Le lendemain 18, la persistance de la douleur et de l'empâtement de la main firent croire à un abcès profond; une incision pratiquée

en conséquence n'amena que quelques gouttes de sang, mais pas de pus. Ce résultat surprit un peu, mais on n'en continua pas moins les bains.

Le 19, l'état local n'a pas changé, les douleurs sont assez vives et la fièvre persiste. M. Verneuil pense alors qu'une autre cause que le panaris entretient la fièvre et la douleur, et fait administrer le sulfate de quinine. La nuit est bonne, et le lendemain la douleur a diminué et la fièvre a cessé. On apprend alors que les douleurs revenaient par crises, tous les jours et à peu près à la même heure.

On continua la quinine pendant quelques jours. Les douleurs ne revinrent plus, et au bout de la semaine le malade était complètement guéri.

On avait donc affaire ici à un panaris compliqué de douleurs contre lesquelles les bains antiseptiques et l'incision étaient restés impuissants, et qu'un traitement médical a fait disparaître. M. Jannin dit, à propos de ce fait, qu'on trouve parfois des cas qui, au premier abord, semblent en contradiction avec les propriétés bienfaisantes qu'on attribue aux bains antiseptiques. Quand ceux-ci, administrés convenablement, ne peuvent arrêter la douleur, c'est qu'elle ne dépend pas de l'inflammation contre laquelle ils sont dirigés; il faut alors chercher une autre cause à la souffrance (p. 26).

Le malade est-il syphilitique, rhumatisant, goutteux? A-t-il eu des fièvres intermittentes, des névralgies, etc.? Toutes ces questions doivent être soulevées et examinées avec le plus grand soin. Alors, dans les cas d'insuccès apparent de la médication par les bains antiseptiques prolongés, on arrivera presque toujours à reconnaître que cet insuccès avait pour cause un élément morbide qui avait d'abord échappé à l'attention. En traitant la cause de la douleur, on guérira le malade, et l'on ne mettra pas sur le compte du premier traitement l'échec momentané que l'on aura éprouvé. On ne peut pas, en effet, demander à un traitement chirurgical de guérir une affection médicale; il serait tout aussi déraisonnable de demander aux bains antiseptiques de guérir une attaque de goutte, de rhumatisme, ou un accès de fièvre intermittente, que d'attendre d'un médicament quelconque la guérison d'une luxation ou d'une fracture.

En d'autres termes, l'insuccès d'un traitement rationnel et en rapport avec *un diagnostic supposé exact*, doit faire rechercher la cause de cet insuccès dans une complication méconnue, dépendant de l'état général du malade.

La seconde observation montre que, dans certains cas, on peut,

grâce aux bains antiseptiques prolongés, éviter les incisions multiples qui constituent la base du traitement des inflammations diffuses du membre supérieur, mais qui, il faut bien le reconnaître, effraient souvent les malades. En agissant ainsi, la guérison sera retardée probablement de quelques jours, mais comme on l'obtiendra certainement sans accidents, on pourra contenter le malade sans pour cela manquer au devoir du chirurgien. Voici un résumé de ce fait.

S..., quarante-six ans, riveur à la compagnie d'Orléans, est blessé au dos de la main, le 29 novembre 1882, par un éclat de fer. On l'envoie à la Pitié, où M. Verneuil constate la section du tendon extenseur du médius; on en fait la suture, et, comme le blessé veut quitter l'hôpital, on applique un pansement ouaté, qu'on enlève au bout de trois jours; un second pansement est gardé cinq jours, un troisième neuf jours. En défaisant ce dernier, on constate à l'avant-bras une lymphangite et un abcès sous-cutané au tiers supérieur.

S... rentre alors à l'hôpital, et, comme il est très pusillanime, au lieu d'inciser l'abcès qui communique avec la plaie du médius, on ordonne, à titre d'expérience, deux bains antiseptiques d'une heure, l'un le matin, et l'autre le soir. Après chaque bain, on exerce de légères pressions de haut en bas sur l'avant-bras pour faire sortir le pus, et on applique un léger pansement ouaté.

Au bout de dix jours, l'abcès était vidé, les deux tiers supérieurs du trajet recollés, ne laissant qu'une légère induration, et la plaie du dos de la main suppurait à peine. La pression sur le trajet ne faisait sortir que quelques gouttes de pus.

La guérison complète ne tarda pas à être obtenue.

Lorsqu'un malade, quoique diabétique, est encore robuste, comme celui dont M. Richelot a rapporté récemment l'observation à la Société de chirurgie, il supporte aussi bien les affections chirurgicales que les sujets réputés sains. Alors, bien que le diabète puisse provoquer l'apparition d'une inflammation diffuse, son influence nocive peut être enrayée par le bain antiseptique, parce que la complication reste purement locale.

Ce sont les cas dans lesquels l'inflammation diffuse du membre supérieur est sous la dépendance du mauvais état général de l'organisme qui démontrent le mieux la puissance du moyen que nous préconisons. On sait en effet combien les phlegmons diffus sont fréquents chez les diabétiques et combien on les voit se terminer sou-

vent par la mort. Nous possédons une observation de ce genre que nous a communiquée M. le Dr L. H. Petit, et dans laquelle une lymphangite du membre supérieur, ayant pour point de départ une plaie des plus minimes, guérit en peu de jours sous l'influence des bains antiseptiques prolongés.

« Madame M..., soixante ans, originaire de l'Algérie, et l'ayant longtemps habitée, sans avoir, à son dire, jamais eu de fièvres intermittentes, me consulta au mois de novembre dernier pour un affaiblissement général et des démangeaisons insupportables à la vulve. L'embonpoint de la malade, et, outre les symptômes pour lesquels elle m'avait mandé, une soif assez vive et des envies fréquentes d'uriner, me firent songer au diabète. L'examen des urines, dont la quantité était d'un peu plus de deux litres par jour, donna 35 grammes de glycose par litre; pas d'albumine. Je prescrivis le traitement habituel par les alcalins, le pain de gluten, un régime approprié, auxquels j'ajoutai le bromure de potassium à cause d'insomnies persistantes.

» Au bout d'un mois, la quantité de sucre n'était plus que de 7 grammes par litre; madame M... partit alors pour le midi où elle voulait passer l'hiver, me promettant de continuer le traitement antidiabétique.

» Au commencement de mai 1883, madame M..., de retour à Paris, me fit demander pour un panaris de l'index droit, survenu après l'arrachement d'une petite envie. Les deux dernières phalanges étaient envahies par l'inflammation, il existait un peu de pus à la face interne de la dernière phalange, près de l'ongle, et en outre une traînée rougeâtre remontant le long de la face dorsale de la main, de la face interne de l'avant-bras et du bras; les ganglions épitrochléens et axillaires étaient tuméfiés et douloureux; plaque rouge, avec un peu d'œdème, à la face antéro-interne de l'avant-bras. Insomnie, fièvre et agitation la nuit.

» L'apparition de cette inflammation diffuse, datant de la veille, à la suite d'une blessure insignifiante, me fit penser que le traitement avait été un peu négligé, ce dont la malade convint, et que le diabète s'était aggravé. Je demandai une nouvelle analyse de l'urine, et, en attendant, j'incisai le panaris qui était purement dermique, dans l'étendue d'un centimètre, et je prescrivis un bain antiseptique d'eau phéniquée tiède à 1 pour 100 le soir même, et trois dans la journée du lendemain; dans l'intervalle, enveloppement de la main dans des compresses imbibées fréquemment d'eau phéniquée à 2 pour 100, comme le recommande M. Verneuil.

» Je revis la malade le lendemain soir. Un peu négligente comme son entourage, elle n'avait pas pris le bain de la veille, aussi la nuit avait-elle été mauvaise, avec insomnie et fièvre; dans la journée elle avait pris seulement un bain; les ganglions étaient plus douloureux et la plaque rouge de l'avant-bras plus tuméfiée. L'urine, qui avait été examinée, contenait 45 grammes de glycose par litre, ce qui, pour 2 litres 1/2, faisait environ 110 grammes dans les vingt-quatre heures. Le diabète s'était donc aggravé, car la malade avait en outre maigri, et ses forces avaient diminué. Pas d'appétit, soif vive.

» Je fis préparer séance tenante un bain antiseptique dans lequel la main et l'avant-bras restèrent deux heures, puis la main fut enveloppée de compresses phéniquées pendant la nuit. Celle-ci fut meilleure, peu de fièvre.

» Le lendemain, purgatif; comme boisson, lait coupé d'eau de Vichy, bouillon. Régime antidiabétique comme la première fois. Les quatre bains furent pris régulièrement pendant deux jours; la lymphangite disparut, et il ne resta qu'un peu d'inflammation du derme des phalanges, qui céda elle-même à l'application permanente de compresses phéniquées.

» L'état général s'était en même temps amélioré; la fièvre n'existait plus; l'appétit était encore un peu languissant, mais quinze jours après ma première visite, la quantité de sucre était déjà tombée à 30 grammes par litre.

» Je n'ai revu madame M..., partie bientôt pour la campagne, qu'au mois de septembre. Malgré l'abandon de toute médication, son état général est resté assez satisfaisant. »

Plus je vais et plus je suis partisan de la pulvérisation et de la balnéation antiseptiques prolongées, non point à coup sûr dans tous les cas indistinctement, mais dans certaines conditions déterminées où ces procédés de la méthode antiseptique me paraissent bien supérieurs à tous les autres.

Je suis confirmé dans cette opinion, non seulement par ce que je vois et ce que je fais moi-même, mais aussi par ce que je lis. A chaque instant, je constate les résultats plus que médiocres donnés par le pansement de Lister dans les plaies contuses des extrémités, c'est-à-dire dans ces cas où précisément la pulvérisation et le bain

prolongés préviennent ou conjurent si heureusement les accidents inflammatoires ou septiques.

Je vais prendre au hasard et sans la moindre intention malveillante deux observations consignées dans un compte rendu clinique. J'abrégerai les récits, mais j'en ferai ressortir l'essence [1].

Plaie de la main gauche par arme à feu. — Amputation de l'avant-bras. — Pansement de Lister. — Tétanos. — Mort.

J..., six ans, joue avec un pistolet qui éclate; main gauche dans un état affreux; tous les doigts emportés, sauf le pouce et le premier métacarpien, qui ne tiennent plus que par quelques brides. Les autres métacarpiens sont dénudés dans presque toute leur étendue; les tendons pendent, arrachés. Pansement phéniqué.

Le lendemain, 16 novembre, résection des tendons, lavage à l'eau phéniquée forte. Pansement de Lister remontant jusqu'en haut du bras; immobilisation du membre. Température le soir, 39°.

17. Pouls 124. Température matin, 39°; soir, 39°,1. Nuit bonne, langue humide, pas de suppuration; légère tuméfaction à la partie inférieure de l'avant-bras.

18. Pouls 124. Température matin, 38°; soir, 39°,5; nuit bonne, appétit assez bon; le pansement est souillé, on le renouvelle.

19. Pouls 132. Température matin, 38°,8; soir, 38°,5, inappétence. Le pansement dégage une mauvaise odeur. Du pus se fait jour par deux orifices à la paume de la main; on l'exprime et on introduit dans les trajets deux petits drains.

20. Pouls 124. Température matin, 38°; soir, 39°,8; inappétence; le pus ne s'écoulant pas, on place des drains plus gros. Plus de tuméfaction à l'avant-bras; une partie de la main se sphacèle.

21. Pouls 124. Température matin, 39°,3; pouce et lambeau cutané entièrement gangrenés; on les rèsèque, puis, dans l'après-midi, on ampute l'avant-bras circulairement avec toutes les précautions de la méthode de Lister. Température le soir, 37°2.

22. Trismus et opisthotonos, pouls 144. Mort le soir.

On remarquera que le pansement de Lister n'a empêché ni le développement de la fièvre, puisque la température était à 39°, trente heures environ après l'accident, qu'elle est restée très élevée jusqu'au jour de l'amputation, et que le pouls a tou-

1. Revue semestrielle de l'hôpital Saint Jean, du 1er juillet 1881 au 1er janvier 1882. (*Journ. de méd., de chir. et de pharm.* de Bruxelles.)

jours dépassé 120, ni la suppuration, ni les fusées purulentes, ni la fétidité du pus, ni la gangrène, ni le tétanos.

Dans des blessures analogues plus graves encore, puisqu'elles existaient non plus chez des enfants mais bien chez des adultes, j'ai vu maintes fois le bain antiseptique empêcher la fièvre traumatique ou la dissiper très promptement.

La seconde observation n'est pas moins concluante.

Écrasement des deux pieds. — Pansement de Lister. — Luxation de l'astragale à droite. — Amputation de la jambe. — Guérison sans suppuration. — Greffes de Reverdin. — Succès.

Manœuvre, vingt-trois ans. Le 4 octobre, une roue de wagon passe sur les deux pieds; à droite, orteils broyés, plaie large et profonde communiquant avec une poche sanguine considérable siégeant sur le dos du pied; à la région plantaire, autre plaie semblable; luxation de l'astragale; tuméfaction assez prononcée de la jambe jusqu'auprès du genou. Pansement de Lister complet.

6. Aucune douleur. Pouls 96. A droite, pansement souillé par une grande quantité de sang. Compression et élévation de la jambe.

7. Pouls 108. On renouvelle le pansement traversé par le sang; nombreuses phlyctènes; ecchymoses très étendues de la jambe.

8. Pouls 108; inappétence; diarrhée.

9. Amélioration locale, mais température du soir, 40°,2. Quinine.

Du 10 au 15, température de 38°,5 à 39°. État général meilleur.

Le 17, on résèque les parties sphacélées. Le lendemain, pouls à 100; température à 40°. Dans la soirée, violent frisson; la plante du pied droit présente une teinte violacée.

19. Pouls à 116. Température du matin, 38°,6. On ampute la jambe droite à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur; la plante du pied est complètement sphacélée; la gangrène remonte jusqu'aux malléoles; plusieurs fusées purulentes profondes gagnent la jambe. Pansement de Lister. Malgré le développement d'une eschare et un œdème inflammatoire du moignon, les choses se passent de ce côté d'une manière satisfaisante. La plaie d'amputation était complètement guérie au bout de vingt jours.

Comme dans le cas précédent, on voit que le pansement de Lister employé d'emblée dans un cas de plaie contuse n'empêche ni la fièvre intense ni la suppuration, ni la gangrène, ni les fusées purulentes; en un mot aucun des accidents qui finalement conduisirent le quinzième jour à l'amputation de la jambe.

En revanche ce même pansement, appliqué à la plaie opératoire récente, donne, sauf l'œdème inflammatoire du moignon, un bon résultat dans un cas relativement défavorable.

J'en conclus donc que, dans les plaies contuses et anfractueuses, le pansement de Lister échoue souvent et doit être abandonné. Je sais que bien des chirurgiens ont fait la même remarque, mais je ne sais pas pourquoi ils s'abstiennent de le dire.

NOTE SUR UN CAS DE PYOHÉMIE SPORADIQUE [1]

Par M. TUFFIER.

Interne du service de M. Verneuil.

Depuis l'application de la méthode antiseptique à la thérapeutique chirurgicale, la pyohémie épidémique a disparu de nos services hospitaliers, et la pyohémie sporadique elle-même est devenue fort rare. Il ne faut cependant pas la rayer complètement du nombre des complications des plaies ; de temps en temps, on en observe encore quelques exemples. Les cas sembleraient peut-être plus fréquents si tous les chirurgiens signalaient les revers de leur pratique, comme ils en citent les succès.

La publication des cas malheureux nous a toujours paru non seulement un devoir, mais encore une puissante source d'instruction ; c'est pourquoi nous faisons connaître aujourd'hui un exemple de pyohémie sporadique qu'on peut ranger dans le cadre de ce qu'on a appelé avec tant de raison les *calamités chirurgicales.*

Obs. — Maria G..., trente ans, entre à la Pitié le 6 novembre 1882. De taille moyenne, assez forte, bien faite, elle présente les apparences d'une excellente santé. Des douleurs dans le bas-ventre et de la leucorrhée motivent son admission à l'hôpital.

Antécédents presque nuls ; léger eczéma du cuir chevelu dans l'enfance, sans adénopathie cervicale ; quelques migraines vers quinze ans, douleurs vagues dans les articulations, sans attaque rhumatismale franche ; un peu d'oppression dans la marche rapide, avec palpitations de cœur ; certains troubles digestifs sur lesquels nous reviendrons permettent de ranger la patiente parmi les arthritiques.

L'affection utérine remonte à l'année 1878. Jusqu'alors bien portante et bien réglée, M... eut depuis cette époque trois enfants dans

1. Publié dans la *Revue de chirurgie*, 10 avril 1883, p. 287.

l'espace de trois ans. Pendant les grossesses, elle travaillait à la machine à coudre, ce qui la fatigua beaucoup, surtout depuis la dernière couche. A partir de ce moment survinrent des irrégularités menstruelles. Tantôt M... était deux mois sans être réglée, tantôt elle perdait continuellement pendant un mois ou deux; leucorrhée très abondante dans l'intervalle de ces pertes sanguines.

Ces accidents s'accompagnaient de pesanteur dans le bas-ventre, augmentant beaucoup le soir à la suite du travail.

Après quelques jours de repos à l'hôpital, les douleurs ayant beaucoup diminué, M. Verneuil procède à l'examen. Le col, très gros, presque triplé de volume, présente l'aspect classique du groin de porc; toute sa surface est rouge, fongueuse et ulcérée; sa cavité béante peut recevoir l'extrémité de l'index.

On pratique chaque semaine des cautérisations intra-cervicales avec le nitrate d'argent; dans l'intervalle, un badigeonnage à la teinture d'iode à la surface externe du col; tamponnement du vagin avec le coton.

Pendant ce traitement, la malade est tenue au lit les jours de la cautérisation, et doit éviter toute fatigue dans les jours intermédiaires. A l'intérieur, pilules de goudron, de ciguë et de lactate de fer. Bains alcalins une fois par semaine.

Au bout d'un mois environ, le col a considérablement diminué; sa cavité est revenue sur elle-même; il ne reste plus au niveau du museau de tanche qu'une ulcération granuleuse, large comme une pièce de deux francs, entretenue par la leucorrhée, qui persiste encore à un certain degré. M... ne souffre plus au lit, ni quand elle fait un exercice modéré. Les règles sont venues à l'époque habituelle en quantité moyenne et sans souffrance. Aussi M. Verneuil songe à renvoyer la malade chez elle. Toutefois l'utérus lui semble encore lourd, et en effet le col, dans la station verticale, se sent par le toucher à une petite distance de la vulve. On essaye un pessaire de caoutchouc en forme d'anneau; il détermine un peu de gêne. Le tampon de ouate ne tient pas, à cause des dimensions considérables du vagin; aussi dans les premiers jours de janvier, pour obtenir la résolution complète de l'engorgement utérin, M. Verneuil se décide à appliquer sur le col quelques pointes de feu au thermo-cautère.

On était au milieu de l'époque intermenstruelle. M... est baignée la veille de l'opération; le matin même, on fait dans le vagin, d'ailleurs très propre, la malade étant fort soigneuse de sa personne, une injection avec l'eau phéniquée.

Le 20 janvier, sans chloroformisation, on applique dans l'épais-

seur des lèvres du col cinq pointes de feu avec le thermo-cautère. L'instrument pénètre à 15 millimètres environ. Dès que la chaleur se fait sentir, on projette dans le spéculum un jet d'eau phéniquée froide. La douleur cesse aussitôt ; pas une goutte de sang ne s'écoule ni pendant ni après la cautérisation ; le vagin est large, aussi la manœuvre des instruments n'amène-t-elle aucune écorchure.

L'opération terminée, on fait une dernière injection phéniquée, on porte la malade dans son lit et on lui prescrit un repos absolu.

Les deux premiers jours, 21 et 22 janvier, se passent sans accident quelconque. Le ventre n'est pas douloureux, la température est normale, l'état général excellent. On continue les injections phéniquées.

Au troisième jour dans la matinée, sans cause appréciable, se manifestent des nausées continuelles et quelques vomissements bilieux ; l'abdomen est cependant souple et indolent. Il n'y a pas de fièvre. M... nous dit qu'elle a fréquemment des nausées et des vomissements de cette nature, à la suite d'une contrariété, d'une fatigue ou d'une émotion quelconque. Pensant à de simples phénomènes réflexes, M. Verneuil prescrit deux cuillerées de sirop de chloral ; les nausées cessent, et la journée se passe assez tranquillement ; mais la température monte le soir à 38°,5.

Dans la nuit, les nausées reparaissent et continuent le lendemain matin, 24 janvier, aussi violentes que la veille. La langue est un peu sale, la température est à 38°,2. L'indolence et la souplesse de l'abdomen sont toujours complètes, on prescrit de nouveau le chloral, et un lavement dans la journée pour avoir des évacuations. On ne porte point encore de diagnostic précis. Quelques légers frissons se manifestent de nouveau dans la journée ; la température monte le soir à 39°.

Le 25, l'état général s'aggrave, la langue est sèche, les vomissements persistent ; on constate de plus une oppression considérable, avec respiration fréquente et anxieuse. L'examen le plus minutieux de la poitrine ne révèle cependant aucune lésion pulmonaire ou pleurale. La température est à 39° le matin et à 38°,7 le soir.

Le 26, un symptôme nouveau semble donner la clef des phénomènes antérieurs. Dans le courant de la nuit, le genou gauche est devenu volumineux, tendu, rouge, extrêmement douloureux à la pression. En même temps, du côté du cœur, léger souffle systolique à la pointe.

Pensant avoir affaire à une arthrite génitale, on prescrit 6 grammes de salicylate de soude et l'immobilisation du membre inférieur

dans une gouttière. L'état général est toujours aussi grave. La dyspnée n'a pas diminué. Température, 37°,9 le matin, 38° le soir. Agitation pendant la nuit.

27. — Le genou droit devient à son tour le siège d'un épanchement et d'une douleur violente. M. Brouardel, appelé en consultation, pense qu'il s'agit d'un rhumatisme articulaire aigu assez bénin, avec légère endocardite. Il attribue l'agitation au salicylate de soude, dont on devra réduire la dose à 3 grammes. Un purgatif est administré le matin. Quelques frissons de peu de durée se manifestent dans la même journée. Les deux coudes et les deux poignets sont pris de tuméfaction et de rougeur; les articulations de l'épaule sont également touchées, mais ne paraissent pas augmentées de volume. Les signes d'endocardite ne se sont pas accentués. Température 37°,4 le matin, 40° le soir.

On remplace le salicylate de soude par le sulfate de quinine à la dose d'un gramme.

28. — Le médicament est mal toléré et n'amène aucun soulagement; l'état général est toujours aussi grave; les petits frissons continuent; les jointures sont toujours gonflées et douloureuses. La température descend cependant à 39° le matin et à 38°,4 le soir. La dyspnée est toujours intense; comme elle ne s'accompagne d'aucune lésion du poumon, on prescrit l'opium à doses fractionnées, parce qu'il rend des services dans le rhumatisme et favorise la respiration. En effet, les accidents du côté de l'appareil respiratoire s'amendent très sensiblement sous son influence, et pendant les deux jours suivants, 29 et 30 janvier, on croit n'avoir affaire qu'à un simple rhumatisme. Cependant la température reste toujours tout proche de 40°. Une large plaque d'érythème, rouge et bien limitée, apparaît sur la face palmaire de l'avant-bras droit. Les membres abdominaux sont enveloppés dans la ouate.

Le 31, l'état général redevient plus grave que jamais ; agitation et délire nocturnes, langue sèche, lèvres fuligineuses, diarrhée; nouvelle plaque d'érythème sur le dos de la main gauche.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Somme toute, les apparences du mal sont aujourd'hui plutôt celles d'une fièvre typhoïde que d'un rhumatisme. L'existence de cette dernière maladie n'est d'ailleurs plus guère admissible, et on soupçonne fortement qu'il s'agit d'une pyohémie.

Il faut noter que pendant tout ce temps l'abdomen n'a été le siège d'aucune douleur; des injections vaginales presque tièdes ont été constamment pratiquées ; elles ressortent sans la moindre odeur putride.

A partir du 31 janvier, l'adynamie prédomine, la diarrhée augmente, le subdélirium est presque continu, la langue et les lévres sont fuligineuses; la dyspnée diminue. Les articulations ne sont plus le siège d'aucune douleur; les plaques rouges pâlissent.

Potion de Todd. Retour au sulfate de quinine.

1er *février*. — La température oscille entre 38°,8 et 39°,2.

Le 2, elle monte de 39°,4 à 40°.

Le 3, le diagnostic de pyohémie s'impose. Les plaques rouges d'abord indurées ont fait place à des collections fluctuantes. Le tracé thermométrique devient plus irrégulier que jamais. On trouve 40°,2 le matin et 40° le soir. Le lendemain 39°,4 dans la matinée, 37°,5 dans la soirée.

Cet état se prolonge pendant deux jours sans changement, et la malade succombe le 6 avec une température de 40°,6.

Autopsie vingt-six heures après. — Aucune décomposition précoce.

La plupart des viscères sont remarquablement sains. Le foie, le rein et le cerveau ne présentent aucune altération. La fibre musculaire du cœur est rouge et ferme. Les valvules ne présentent point de lésions, ni épaississement, ni ulcérations. Poumons congestionnés à la base.

Dans le lobe inférieur du poumon gauche, on trouve deux infarctus; l'un grisâtre, du volume d'une petite noix, ramolli à son centre; l'autre, du volume d'une noisette, est d'un gris rougeâtre et paraît plus récent.

Il n'y a d'épanchement ni dans la plèvre ni dans le péricarde.

Les séreuses articulaires sont saines, sauf celles des genoux. A droite, collection de 100 grammes environ d'un pus séreux et grumeleux. A gauche la synoviale est recouverte d'une couche épaisse de pus floconneux concret et jaunâtre.

Le membre supérieur droit est le siège d'une vaste collection purulente superficielle et profonde, allant du milieu du bras jusqu'au poignet. Sur la face dorsale du poignet gauche existe un large abcès sous-cutané.

Le péritoine ne présente aucune trace d'inflammation, ni fausses membranes, ni épanchement séreux, ni même arborisations vasculaires. Nulle lésion apparente dans le petit bassin; l'utérus, les ligaments larges, l'ovaire et les trompes ont leur volume normal; ils sont enlevés et disséqués avec soin.

Le col utérin est un peu volumineux; on y voit la trace des

pointes de feu; sur la lèvre antérieure, une eschare est sur le point de se détacher. La cavité utérine et le parenchyme utérin sont à l'état normal.

Les veines des parties latérales du vagin et les plexus du ligament large sont intacts à droite.

A gauche, en revanche, près du cul-de-sac postérieur du vagin, sur la partie latérale du col, on trouve un abcès gros comme un pois, dans lequel s'abouche une veine du volume d'une plume de corbeau, venant du col utérin, et qui contient du pus et un caillot d'abord jaunâtre, puis noir.

A la partie inférieure, la collection purulente reçoit une veine plus volumineuse remplie de pus, qui descend verticalement et vient se jeter dans les plexus latéraux du vagin. Les autres veines de l'utérus, les veines iliaques et les gros troncs veineux du membre inférieur sont libres. Les ganglions sont normaux. C'est donc du col utérin qu'est partie la septico-pyohémie.

En résumé, une femme jeune, forte, bien constituée, entre à l'hôpital pour une affection utérine sans gravité; on applique cinq pointes de feu sur le col utérin; pas une goutte de sang ne s'écoule pendant la cautérisation, et la mort survient par infection purulente.

Les précautions antiseptiques rigoureusement observées avant et après l'opération ont été continuées pendant la cure; on ne peut donc incriminer le pansement.

Les conditions mésologiques n'expliquent pas davantage cette complication. Depuis plus de quatre ans, aucun cas de pyohémie opératoire ne s'est montré à la clinique chirurgicale de la Pitié. En ce moment, aucun de nos patients, blessés ou opérés, n'est atteint même de septicémie. Il faut donc rejeter l'hypothèse d'une infection par le milieu.

L'état général de la malade était parfait; on ne pouvait invoquer aucune diathèse; tous les viscères étaient remarquablement sains; le mauvais état organique antérieur, qu'on relève si souvent dans les cas de mort, ne peut être mis en cause dans le cas présent.

La blessure pouvait-elle faire craindre un pareil accident? S'il est un organe qui supporte bien les opérations et sur lequel on puisse agir sans redouter la pyohémie, même sans la méthode antiseptique, à coup sûr c'est le col de l'utérus. Et la nature du trauma ne devait-elle pas écarter tout péril? Une plaie au fer rouge,

bénigne, aseptique par excellence, n'ayant pas provoqué l'écoulement d'une seule goutte de sang !

Ainsi donc, on ne peut accuser sûrement ni la blessure, ni les soins consécutifs, ni le milieu, ni l'état constitutionnel de l'opérée, et cependant la mort par pyohémie n'en reste pas moins évidente.

La publication de faits semblables est tout à fait nécessaire à plusieurs points de vue.

Elle dissipera d'abord les illusions de ceux qui croient que la pyohémie, grâce aux pansements antiseptiques, a tout à fait disparu des milieux nosocomiaux [1].

Elle prouvera que l'ennemi guette encore ses victimes, et que, si l'on retombait dans les errements anciens, l'endémie septico-pyohémique, sinon les épidémies, reparaîtrait bientôt.

Elle montrera que les plaies cavitaires conservent encore une gravité relative que les plaies exposées ont pour ainsi dire complètement perdue.

Enfin elle rappellera, ce qu'on tend trop à oublier, que toute opération, si minime qu'elle puisse être, entraîne toujours après elle des chances de mort, et qu'on ne saurait donc trop chercher à remplacer la chirurgie opératoire par la thérapeutique.

M. Verneuil, après avoir exposé ce fait, terminait ainsi sa clinique du 8 février :

« On reproche à certains chirurgiens de recommander autant que possible l'abstention opératoire, de restreindre le plus qu'ils peuvent le cercle des interventions sanglantes, de poursuivre avec opiniâtreté les cures à l'aide de la thérapeutique non armée. On accuse leur esprit rétrograde, on raille leur pusillanimité, leurs tendances ultra-conservatrices. Mais en vérité comment ne pousserait-on pas jusqu'à l'extrême la réserve et la prudence en présence de désastres comme celui que nous venons de rapporter ? Sans afficher une sentimentalité exagérée, peut-on rester indifférent à l'idée qu'un acte chirurgical, qui n'était rien moins qu'indispensable, a, sans contestation possible, entraîné la mort d'une mère de famille, jeune, bien portante, atteinte d'une lésion sans gravité, aux trois

1. Un fait intéressant, observé dans le service de M. Rigal, est un exemple d'une forme rare de l'infection purulente. Celle-ci avait pour point de départ une angine phlegmoneuse, qui fut suivie de phlébite suppurée des veines du cou et d'abcès métastatiques dans les poumons (*France médicale*, 8 février 1883, p. 185).

quarts guérie, et qu'avec un peu de patience on aurait en quelques semaines fait disparaître entièrement? On a sacrifié le *tuto* au *cito*, grand défaut de la pratique du jour.

« Le chirurgien esprit fort qui sourirait à l'exposé de mes scrupules et de mes regrets voudrait-il bien songer que pareille catastrophe pourrait l'atteindre dans la personne de sa femme ou de sa sœur, de sa mère ou de sa fille? »

APPENDICE

Les réserves exprimées plus haut relativement à la disparition de la pyohémie sont amplement justifiées par l'observation des deux nouveaux faits qui suivent.

On aura soin de remarquer que les deux patients étaient déjà atteints lors de leur entrée dans mes salles et qu'ils n'ont point été infectés dans mon service, la division des hommes étant depuis bien des années exempte de tout cas de ce genre.

Sans vouloir insister longtemps sur ce point, je veux dire, cependant, que nous ne sommes pas plus malheureux qu'à l'étranger, dans des services de chirurgie où l'on applique avec soin la méthode antiseptique.

Ainsi je trouve dans le compte rendu de l'hôpital civil de Cologne pour l'année 1876, par le Dr Krabbel[1] les chiffres suivants au tableau de la mortalité (page 347).

Sur 156 décès.	
Pyohémie	5
Septicémie et érysipèle phlegmoneux	15
Erysipèle	5

A savoir 25 cas de mort par affection septique, c'est-à-dire 16 p. 100 de la mortalité générale, proportion considérable, on en conviendra.

1. *Arch. de Langenbeck*, t. XXIII, p. 344, 1878.

Obs. I. — *Ostéo-arthrite du tarse chez un vieillard cachectique. Type singulier de la fièvre. — Amputation au tiers inférieur de la jambe. — Mort au 21e jour. — Abcès métastatiques de date ancienne dans les deux poumons*[1].

P... Jacques, cinquante-quatre ans, carrossier; entre le 9 mai 1883, salle Michon, n° 44, à la Pitié.

C'est un vieillard pâle, amaigri, présentant tous les signes d'une débilitation profonde; ses facultés intellectuelles sont affaiblies et il répond mal aux questions.

Rien de remarquable dans ses antécédents. Il appartient à une famille de dix enfants, dont huit sont encore très bien portants; les deux morts n'ont pas présenté d'accidents strumeux. P... lui-même a bien eu quelques gourmes dans son enfance, mais il nie formellement tout autre symptôme de scrofule, engorgements ganglionnaires, conjonctivite, etc., il nie également l'infection syphilitique. Il se rappelle avoir eu vers l'âge de vingt-six ans, et alors qu'il habitait Paris, une fièvre revenant chaque jour, mais il a été impossible d'obtenir de renseignements précis sur la durée et le traitement de ces accès.

Le début de l'affection du pied remonte à cinq mois.

Après plusieurs semaines de vagabondage, P... a été écroué à la prison de la Santé. Il était alors bien portant et resta tel pendant deux mois. Mais en décembre, après avoir travaillé toute la journée dans la cour de la prison, il ressentit une douleur assez vive au niveau du pied droit, qui gonfla un peu. P... continua son travail pendant deux jours, puis entra à l'infirmerie, où il resta au repos pendant trois mois. Le pied se tuméfia de plus en plus et, au mois de mars, deux abcès s'ouvrirent, l'un à la face dorsale, l'autre à la face plantaire du tarse. Pendant un mois, on se contenta d'appliquer des cataplasmes.

A son entrée dans nos salles, nous constatons l'état suivant : au niveau du tarse, signes bien nets d'une ostéo-arthrite suppurée; toute la région est tuméfiée; sur la face dorsale, ulcération irrégulière, de la largeur d'une pièce d'un franc, laissant écouler un liquide ichoreux et fétide; avec un stylet, on tombe sur des os cariés. A la face plantaire, autre ulcération de même aspect. Toute la région est violacée et empâtée, avec des points fluctuants; douleurs spontanées, assez vives surtout la nuit; tout mouvement est impossible.

1. Observation recueillie par M. Tuffier, interne du service.

Malgré l'état de cachexie, on ne trouve pas de lésions viscérales bien évidentes. Le foie n'est point volumineux, les poumons sont sains, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

En raison du mauvais état général, M. Verneuil refuse d'abord toute intervention active, et prescrit seulement la désinfection du foyer de suppuration. Comme traitement interne : huile de foie de morue, viande crue, quinquina.

Sous l'influence de cette médication, on constate une amélioration légère ; la température, de 38°,6 à l'entrée, tombe à 37°, le facies est meilleur. Malheureusement l'inappétence est complète. Le 12 mai, trois jours après l'admission, P... est pris, sans cause connue, d'un accès de fièvre ; la température s'élève à 39°,7, le lendemain matin elle était à 38° et le surlendemain à 37°. Il n'y avait aucune complication du côté du pied, sur lequel un pansement antiseptique avait été pratiqué.

Les deux jours suivants, tout rentre dans le calme, la température oscille autour de 37°, mais, dans la soirée du 17, elle monte encore assez brusquement à 38°,8. Inappétence presque complète ; un peu de diarrhée. Cependant le malade reprend, et semble moins affaissé. La température reste basse du 18 au 22.

Le 23 juin, vers le soir, sans cause connue, nouvel accès de fièvre avec frisson et chaleur, la température s'élève à 40°.

Aucune complication du côté de la plaie ne pouvait expliquer cette ascension.

On ne reconnaît ni fusées purulentes, ni lymphangite, ni érysipèle, ni adénite inguinale.

L'examen des organes intérieurs est également négatif. Rien au cœur ; à peine quelques ronchus insignifiants dans les poumons. Le ventre est plat, l'exploration en est facile et ne dénote rien. Les urines, examinées à plusieurs reprises, sont toujours normales ; la langue est humide et l'on obtient de temps à autre une selle naturelle. On ne relève comme symptôme fâcheux qu'un ensemble de troubles intellectuels. Le malade a souvent l'air égaré ; il crie la nuit et veut se lever pour rentrer chez lui ; il injurie quelquefois les voisins et les élèves du service. Il accuse des douleurs violentes, quand on touche le membre affecté ; nous pensons un moment à le faire transporter dans un asile d'aliénés, parce qu'il trouble le repos de la salle.

M. Verneuil se perd en conjectures sur la cause de ces accidents ; mais, comme le malade dit avoir eu jadis des fièvres intermittentes et que l'examen du tracé thermométrique montre une ascension

brusque tous les cinq jours, contrastant avec une température basse dans les jours intermédiaires, on se rattache à l'hypothèse d'un retour de fièvre, et, bien que la rate ne soit ni tuméfiée, ni douloureuse, on prescrit le sulfate de quinine à la dose de 60 centigrammes d'abord, puis de 80 centigrammes, le médicament étant bien toléré.

Le tracé décroît rapidement. Le 27, au matin, il est un peu au-dessous de 37°, mais le 29 il s'élève, soudainement encore, aux environs de 40°.

Au lieu de redescendre, il se maintient, les jours suivants, entre 39° et 40°.

Abandonnant alors l'idée de fièvre à type quintane, M. Verneuil pense qu'il y a peut-être rétention du pus dans quelques points des foyers anfractueux du pied, et se décide quoique à regret, à pratiquer l'amputation de la jambe au tiers inférieur.

Cette opération est faite le 3 juillet par la méthode à deux lambeaux, avec toutes les précautions antiseptiques; la jambe est même soumise à la pulvérisation phéniquée une heure avant l'opération ; pansement ouaté.

Le lendemain et le surlendemain, température à 37° ; le malade mange un peu, mais rien n'est changé dans son état général.

Le 5 juillet, la température s'élève le soir à 38,8 et le 6 juillet (quatrième jour après l'opération) à 39°,2, d'ailleurs sans apparition d'aucun symptôme local ou général grave, et sans que le moignon soit douloureux. On prescrit 1 gramme de sulfate de quinine, et on continue à la même dose pendant cinq jours.

Le 8 juillet, le thermomètre descend d'une façon considérable, jusqu'à l'hypothermie, à 35°,5.

Les jours suivants, la température remonte graduellement à 39°, avec des oscillations assez étendues du matin au soir. Dans la suite elle se maintient entre 39° et 40°, presque jusqu'à l'entrée dans la période d'agonie.

Le 11 juillet, supposant qu'il existe peut-être une complication locale, on enlève le pansement ouaté. La plaie a bonne apparence, ses lambeaux sont souples, sans inflammation; à part un peu de sphacèle superficiel du lambeau antérieur, l'état local est donc satisfaisant. On place un autre pansement ouaté.

L'état général ne varie guère ; il n'y a ni petits ni grands frissons ; le malade boit un peu, ne mange presque rien et s'affaiblit de jour en jour.

Mort le 27 juillet. L'auscultation pratiquée à plusieurs reprises avait

fait constater seulement quelques râles muqueux aux deux bases.

L'examen des urines est toujours resté négatif.

Avant l'autopsie, M. Verneuil eut l'impression qu'en somme l'opération n'avait ni amélioré ni aggravé sensiblement l'état, et que si le malade était mort à la suite, il aurait succombé sans elle, probablement à la même époque. Prévoyant cette issue, il était peu disposé à opérer le moribond, toutefois, nous dit-il, il ne conçut aucun remords de son insuccès.

Autopsie trente heures après la mort. Pas de décomposition prématurée du cadavre; cerveau et reins normaux, foie légèrement graisseux, rate plutôt petite, de consistance ferme. Articulations indemnes. Les poumons sont sains en apparence; on ne trouve à leur surface ni ecchymose, ni infarctus, ni abcès, mais à la palpation on sent un certain nombre de nodosités disséminées irrégulièrement et offrant le volume d'une noisette ou d'une noix. A la coupe, elles sont formées d'un tissu grisâtre, puriforme, bien circonscrit, entouré par le parenchyme pulmonaire absolument normal, sans trace de congestion périphérique et figurant très exactement de petits foyers d'hépatisation grise.

Toutes les collections trouvées dans l'étendue des deux poumons présentent exactement le même aspect et paraissent du même âge. Nulle part, il n'existait d'infarctus rouge.

La dissection des veines de la jambe est pratiquée avec soin. Il n'existe en aucun point de phlébite ni d'abcès. Partout les vaisseaux sont perméables. Au niveau des ligatures, on trouve un caillot bien constitué, peu étendu.

« Cette autopsie, nous dit à ce propos M. Verneuil, démontre bien l'existence d'une pyohémie à marche lente, remontant à une époque déjà éloignée et, en tout cas, non soupçonnée pendant la vie. Les abcès métastatiques pulmonaires semblaient tous contemporains. Il n'y avait point d'infarctus rouge et point davantage cette congestion pulmonaire si commune dans les pyohémies récentes.

« La rate elle-même n'était pas congestionnée, fait que j'ai constaté plusieurs fois lorsque la mort par infection purulente se fait attendre.

« J'aurais peut-être reconnu la maladie, si je ne m'étais pas contenté de faire prendre la température deux fois seulement dans les vingt-quatre heures, c'est-à-dire le matin et le soir.

« Si je considère maintenant que l'état ne s'est pas modifié sensiblement depuis l'entrée du malade jusqu'à l'opération, ni depuis celle-ci jusqu'à la mort, je suis conduit à croire que P. était

atteint déjà de pyohémie chronique quand il est entré dans mes salles, et, à plus forte raison, quand il a subi l'amputation.

« C'est la deuxième fois que j'ampute un pyohémique : j'ai perdu les deux patients. »

Obs. II. — *Lymphangite du pouce. — Glycosurie. — Mort au 12e jour. — Abcès septicémiques* [1].

E..., quarante-cinq ans, typographe, entre à la Pitié le 16 juin 1883. C'est un homme assez maigre, mais bien musclé, de haute taille, qui dit n'avoir jamais été malade et ne présente aucune trace d'affection organique. Il nie la syphilis et l'alcoolisme. Issu d'une famille de rhumatisants, il n'a point eu d'atteinte d'arthritisme ; son visage, cependant, est couperosé au niveau des pommettes et du nez.

Le 9 juin, sans cause connue, sans écorchure ni contusion, une douleur vive survient au niveau du pouce et de l'éminence thénar. Le soir même, on constate du gonflement avec réaction générale, frisson, inappétence, céphalalgie ; la nuit suivante est sans sommeil.

Le lendemain, E... essaie en vain de reprendre son travail ; l'état général reste mauvais, les frissons se renouvellent, les douleurs et le gonflement ont augmenté.

Les jours suivants, le malade garde le repos et applique des cataplasmes, mais, ces moyens restant inefficaces, il entre à l'hôpital. Voici ce que l'on constate.

Rougeur diffuse étendue de la pulpe du pouce à la partie moyenne de l'avant-bras ; une phlyctène existe à la racine du doigt, en un point où la rougeur est plus intense ; gonflement dur et tension, sans œdème ni fluctuation. Une incision faite par l'interne de garde au niveau de la première phalange n'a donné issue qu'à quelques gouttes de sang.

Douleurs spontanées assez vives, surtout pendant la nuit ; ganglions épitrochléens volumineux et sensibles ; rien dans l'aisselle ; les mouvements du pouce sont conservés ; l'inflammation est évidemment superficielle.

État général fâcheux ; soif vive, langue un peu sèche ; température à 40,°2. Légère divagation sans délire ni agitation. Les urines examinées aussitôt renferment une proportion considérable de sucre.

Le malade interrogé sur ce point répond qu'il buvait souvent entre ses repas, sans jamais avoir de soif extrême. La nuit, il se

1. Observation recueillie par M. Tuffier, interne du service.

levait une ou deux fois pour émettre l'urine qui d'ailleurs n'était pas très abondante. Il n'est point polyphage.

Diagnostic : lymphangite de la main et de l'avant-bras avec glycosurie. Pronostic très sérieux.

Le membre est placé dans un bain antiseptique tiède d'eau phéniquée à 1 p. 100. Après ce bain, il est tenu élevé et enveloppé de compresses imbibées d'eau phéniquée plus forte.

Comme régime, lait et eau alcaline.

17. — La température, qui la veille au soir avait atteint 40°,6, est descendue le matin à 39°,4. L'état local s'est amélioré déjà. La rougeur a disparu à l'avant-bras; le gonflement, la tension persistent au pouce et à l'éminence thénar, beaucoup moins marqués toutefois. Les douleurs sont modérées.

L'état général, en revanche, s'est plutôt aggravé; langue sèche, soif vive, stupeur, température à 40°,8; le sucre existe toujours et l'albumine apparaît dans l'urine.

18. — Le thermomètre ne marque plus que 38°,6; l'affection de la main paraît à peu près terminée; on ne trouve plus rien à l'avant-bras ni à l'éminence thénar; le pouce est dégonflé et presque indolent; on y reconnaît à peine encore un peu de rougeur; il semble que le traitement local a rapidement triomphé de la lymphangite. On le continue néanmoins par prudence.

19. — Les symptômes généraux paraissent s'aggraver en raison directe de l'amélioration locale. L'état typhique se prononce de plus en plus; le subdelirium est continu. L'examen attentif des viscères ne révèle aucune complication en dehors des altérations urinaires; encore l'albumine a disparu et le sucre a diminué de quantité. On continue le lait et les alcalins, mais on considère le malade comme perdu.

20. — E. se plaint vaguement de douleurs dans les genoux et les mollets, mais on ne découvre rien dans ces régions. Le soir même, se déclare un coma qui devient de plus en plus profond et se termine par la mort, le 22 au matin. Jusqu'au dernier moment la température est restée très élevée.

Autopsie, 36 heures après la mort. — Point de décomposition précoce du cadavre. Les viscères sont remarquablement sains, nulle part on ne trouve d'infarctus ni d'abcès. Les poumons ne sont pas congestionnés; le foie pèse seulement 1200 grammes, les reins 410 à eux deux. Le pancréas n'est point hypertrophié. Le cœur, volumineux, pèse 400 grammes; il est flasque, surchargé de graisse; valvulve mitrale un peu épaissie; aorte infiltrée de plaques calcaires qui

s'étendent à la base des valvules sigmoïdes. Méninges légèrement épaissies; substance blanche finement congestionnée.

La dissection du membre révèle des lésions inattendues.

A la face palmaire du pouce et de l'éminence thénar, en dehors de la gaine du long fléchisseur, on découvre une nappe purulente qui gagne le creux palmaire, passe sous le ligament antérieur du carpe, s'étend à l'avant-bras sous la peau, sans pénétrer dans la grande gaine commune des tendons fléchisseurs, et se termine enfin vers le milieu de l'avant-bras. En aucun point le pus n'est collecté.

L'articulation du poignet, ouverte par sa face postérieure, contient environ une demi-cuillerée à café de pus jaunâtre.

L'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune communication entre la nappe purulente et superficielle et la collection intra-articulaire.

Les veines superficielles et profondes de l'avant-bras ne contiennent pas de pus ; elles sont perméables.

Toutes les articulations sont ouvertes. Le genou droit, seul, renferme à peu près 30 grammes de liquide purulent. Les muscles du mollet ne présentent aucun dépôt métastatique.

On a lu plus haut, page 39, un autre cas dans lequel une lymphangite survenue chez un sujet atteint de diabète, guérit néanmoins par les mêmes moyens qui ont échoué dans le cas présent. A la vérité l'état général de la première malade était moins mauvais que celui du dernier.

DÉFINITION ET CARACTÈRES GÉNÉRAUX

DES LÉSIONS TRAUMATIQUES[1]

Lésion, *lœsio. Lædere, blesser.* — Changement matériel quelconque, appréciable aux sens, survenu pendant la vie dans une ou plusieurs des conditions physiques, anatomiques ou chimiques normales des parties constituantes du corps.

L'étude des lésions constitue l'objet spécial de l'anatomie pathologique.

La lésion ne doit être confondue ni avec l'affection ni avec la maladie, elle en est souvent inséparable, en est tantôt la cause, tantôt l'effet, les précède ou leur survit, mais n'en constitue jamais que la partie matérielle, visible et tangible.

La lésion doit être soigneusement distinguée : 1° des altérations survenant après la mort locale ou générale des organes; 2° des variétés anatomiques; 3° des changements temporaires ou définitifs, souvent très notables, qui résultent du développement ou du fonctionnement des organes. Le sang, la lymphe varient à chaque instant dans leur composition chimique; l'acte de la sécrétion modifie singulièrement les parenchymes glandulaires; la réplétion ou la vacuité des vaisseaux et des réservoirs, l'érection, la descente du testicule, la disparition du thymus, l'accroissement des mamelles et de l'utérus, la métamorphose du cartilage temporaire en os, etc., ne sont pas des lésions.

Cette séparation entre les lésions vraies d'une part, et d'autre part l'évolution des organes, les oscillations fonctionnelles et les altérations cadavériques, est de la plus haute importance, mais elle est

1. En 1868, lorsque je fis mon premier cours sur les *lésions traumatiques*, je dus commencer par une définition du sujet. Or, non seulement je ne trouvai point cette définition bien faite dans les classiques, mais la lésion en général ne me parut pas mieux caractérisée. C'est pour combler cette lacune que j'écrivis le présent article, qui fut inséré dans le *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre, 2e série, t. II, p. 205.

parfois très difficile; il faut la tracer nettement pour éviter ou rectifier une foule d'erreurs de fait ou de doctrine.

Une confusion trop commune et tout aussi fâcheuse naît de l'emploi du terme *lésions vitales* pris dans le sens de troubles fonctionnels. C'est ainsi qu'on dit à tout propos : lésion de nutrition, de circulation, d'innervation, etc., c'est confondre à plaisir la matière et ses propriétés, l'organisme et ses actes, la statique et la dynamique, enfin l'anatomie avec la physiologie pathologique; à cette dernière seule incombe la tâche d'étudier les prétendues lésions vitales. Admettre qu'une propriété, attribut immatériel d'un corps, est lésée matériellement, est un non-sens qu'il faut bannir aussi bien du langage que de l'esprit.

Les lésions varient à l'infini par leur siège, leurs causes, leur nature intime, leur effet, etc.; aussi leur a-t-on adjoint une foule de qualificatifs pour les caractériser et les classer. Elles sont dites : matérielles, morbides, anatomiques, organiques, vitales, aiguës, chroniques, simples ou composées, circonscrites ou *totius substantiæ*, locales ou générales, communes ou spéciales, spontanées ou accidentelles, congénitales ou acquises, idiopathiques ou symptomatiques, primitives ou secondaires, physiques, chimiques, mécaniques, traumatiques, chirurgicales, superficielles ou profondes, visibles ou occultes, externes ou internes par le siège ou la cause, élémentaires, histologiques, inflammatoires, cancéreuses, tuberculeuses; on dit encore lésions de tissu ou d'organe, de forme, de structure, de texture, de rapport, de continuité ou contiguïté, de couleur, de densité, etc.

On retrouve dans ce chaos : des pléonasmes (lésions matérielles, morbides, organiques); des licences grammaticales (lésions inflammatoires, cancéreuses, etc.; pour lésion de l'inflammation, du cancer); la confusion déjà signalée entre la lésion et la maladie; des termes ambigus, mal définis, et qui ont au moins deux acceptions; *ex.* : lésions mécaniques, réputées telles par les uns, parce qu'elles succèdent à une cause mécanique (contusion, fracture) et par les autres, parce qu'elles entravent mécaniquement l'exercice des fonctions — des termes vicieux : lésions chirurgicales et médicales, qui tendent à consacrer, entre la médecine et la chirurgie, une séparation qui n'existe pas; lésions idiopathiques, spontanées, qui pourraient faire croire que la matière s'altère d'elle-même et sans causes, etc.

Cette regrettable richesse s'explique par le défaut d'unité introduit dans l'étude de la science médicale par les spécialistes : médecins ou chirurgiens, anatomo-pathologistes purs ou praticiens exclu-

sifs, et surtout par les points de départ très différents que les auteurs ont adoptés dans leurs classifications. En jetant les yeux sur ces dernières, on voit que les unes sont basées sur la physiologie ou sur la pathologie, les autres sur l'anatomie générale ou sur l'étiologie, souvent même sur toutes ces branches à la fois. En revanche quelques auteurs ont voulu faire, de l'anatomie pathologique, une science à part, indépendante, ayant en propre une méthode d'étude spéciale. Malgré tout le respect que doit inspirer l'autorité des Laënnec, des Meckel, des Andral, des Cruveilhier, des Vogel, etc., il est impossible d'accepter en entier les classifications qu'ils ont proposées, tant elles prêtent à la critique et s'éloignent de la méthode naturelle.

Il en résulte pour les modernes soucieux de la clarté, de la précision et de la méthode, un grand embarras et l'alternative de critiquer les maîtres ou de s'engager à leur suite dans une mauvaise voie.

Il faut prendre résolument le premier parti, mais comme il serait trop long et d'ailleurs inopportun d'argumenter ici une à une et terme à terme les classifications antérieures, je me contenterai d'indiquer comment, à mon sens, on doit coordonner les désordres nombreux dont l'organisme est le siège.

Au préalable, disons de suite que l'antique division des lésions en physiques, organiques et vitales, qu'on retrouve encore dans plusieurs traités récents, doit être définitivement abandonnée. J'ai déjà rejeté le terme de lésions vitales comme inexact et équivoque. En 1818, le *Dictionnaire* en 60 volumes (t. XXVII, p. 485) ne le conservait qu'avec restriction; en revanche il fusionnait déjà les lésions physiques et organiques. « Elles ne forment qu'une seule classe..... Toutes sont physiques, puisqu'elles s'annoncent par des caractères évidents que l'œil aperçoit et que la main touche.... Toutes sont organiques, puisqu'elles sont une altération de la manière d'être d'un organe. » MM. Littré et Robin parlent dans le même sens (*Dictionn. de Nysten*, 1865). Partant de ce principe qu'on doit nécessairement rattacher la lésion d'une partie à l'état normal de cette partie et qu'un organe lésé ne diffère d'un organe sain que par un changement dans les conditions matérielles, on est conduit à adopter pour l'anatomie pathologique la méthode qui sert en anatomie normale. Or celle-ci reconnaît aux parties constituantes des corps une série de caractères d'ordre mathématique, physique, chimique et anatomique, savoir : nombre, figure, forme, dimension, densité, consistance, couleur, saveur, odeur, situation, rapports, constitution

élémentaire ou structure, arrangement particulier des éléments ou texture, composition chimique, etc. Donc l'anatomo-pathologiste doit tout d'abord classer les lésions en celles du nombre, de la forme, du volume, de la consistance, des rapports, de la structure, de la composition chimique, etc.; admettre en un mot autant de lésions primordiales que la matière organisée compte de caractères fondamentaux.

Plusieurs de ces lésions primordiales, qu'on pourrait avec Cruveilhier appeler *espèces anatomiques morbides*, ont déjà reçu des noms particuliers : difformités, déplacements ou ectopies, hétérotopies, induration, ramollissement, hypertrophie ou atrophie, etc. On peut laisser aux grammairiens médicaux la tâche utile de compléter le vocabulaire de ces espèces, mais il appartient aux anatomo-pathologistes de les décrire avec assez de précision et de clarté pour qu'on les puisse reconnaître en tous lieux, à tous les degrés, aussi bien à l'état d'isolement qu'à l'état de combinaison. Cette manière de procéder est tout à fait naturelle. Remarquons bien que volontairement ou non l'esprit ne suit pas d'autre marche; à l'amphithéâtre comme au lit du malade, on s'enquiert avant tout du mode de changement survenu dans l'organe affecté. Est-il plus dur ou plus mou, plus gros ou plus petit, hyperémié ou anémié, occupe-t-il sa place habituelle, contient-il les mêmes éléments anatomiques qu'à l'état normal et dans les mêmes proportions? Comme s'il s'agissait d'anatomie descriptive, on emploie à acquérir ces notions les sens seuls ou aidés d'instruments de précision. Le toucher apprécie la consistance, l'œil juge de la coloration, du nombre, du volume, des rapports. On appelle à son aide le scalpel, la balance, le microscope, les réactifs chimiques, etc.

J'ajoute que cette marche n'est pas nouvelle. Bichat et ses continuateurs ont étudié et décrit la plupart des lésions primordiales dans les organes, les tissus, les systèmes, à la vérité sans les imposer résolument, comme les seules bases de classification pour l'anatomie pathologique. Ils ont donc pris la bonne route; on peut seulement leur reprocher de n'avoir pas attaqué la série par sa base, en d'autres termes d'avoir pris pour point de départ les lésions des tissus qui sont déjà très complexes.

Les modernes n'ont pas changé de voie; plus logiques seulement, ils remontent jusqu'aux vraies origines et, à l'exemple des chimistes qui étudient les corps simples avant leurs composés, ils recherchent les lésions dans les éléments anatomiques et les principes immédiats qui sont les corps simples, les parties irréductibles de l'anatomie.

Ils adoptent d'abord comme suffisamment démontrées les propositions suivantes :

1° Les organes constituants du corps ont une composition plus ou moins complexe ; la plus simple de nos humeurs renferme plusieurs principes immédiats ; le plus simple de nos tissus, plusieurs éléments anatomiques de même espèce ou d'espèces différentes, mais toujours agencés d'une façon particulière et spéciale.

2° Chaque principe immédiat, chaque élément anatomique présente des caractères que déterminent la chimie et l'anatomie. Les principes immédiats ont un siège et une proportion définis, l'albumine ne se trouve point dans la salive, elle existe dans le sang en quantité qui varie, mais dont nous avons la moyenne ; de même les éléments anatomiques ont un siège, une distribution, des dimensions, des rapports précis et constants. Chacun d'eux, tube, fibre, cellule, en dépit de son petit volume, est un organe aussi distinct, aussi intéressant que le rein ou le cœur et doit être étudié avec autant de soin et par les mêmes procédés.

3° Tout changement intervenu dans la répartition, la position, la quantité ou la qualité d'un principe immédiat ou d'un élément anatomique constitue une lésion plus ou moins évidente, mais absolument incontestable.

4° Étant reconnue ou soupçonnée une lésion dans un organe quelconque, humeur ou solide, il faut chercher quel principe immédiat, quel élément anatomique est altéré et quel mode d'altération il a subi.

5° Que la lésion soit circonscrite ou étendue, qu'elle porte sur un système, un appareil, une région, un organe, un tissu, elle doit toujours en définitive être réduite par l'analyse à l'altération d'un ou de plusieurs des principes immédiats ou des éléments anatomiques constituant les parties affectées.

6° Conclusion indiscutable : la vraie base de l'anatomie pathologique réside dans l'étude et la description des lésions élémentaires et des altérations chimiques ou autres des principes immédiats.

7° Cette recherche des infiniment petits anatomiques et chimiques que nos prédécesseurs négligeaient, dédaignaient ou méprisaient, est la gloire de notre époque ; sans doute elle n'est pas achevée, présente et présentera longtemps encore des lacunes et des obscurités, mais les résultats qui lui sont dus sont immenses déjà. D'ailleurs, comme elle se repose sur des assises inébranlables et part de prémices indéniables, elle conduira avec le temps à la vérité toute entière. Aussi peut-on sans exagération, mais non sans un légitime

orgueil, considérer comme un grand siècle pour la science médicale celui qui commence par Bichat et qui finit par l'école histologique moderne.

La connaissance des lésions élémentaires une fois acquise, rien de de plus facile que de constituer l'anatomie pathologique spéciale et générale. Ainsi s'élèvera-t-on sans peine de la lésion élémentaire à la lésion de tissu, de celle-ci à la lésion d'organe et successivement de système ou d'appareil et enfin jusqu'à ces altérations *totius substantiæ* qui constituent le substratum matériel des diathèses et des maladies générales et constitutionnelles. On procède ainsi à pas lents, du simple au compliqué, du connu à l'inconnu et, pour ma part, je n'entrevois aucun désordre, si complexe et si multiple qu'il paraisse, qui puisse se soustraire à cette méthode rigoureuse et certaine.

Ceux-là donc sont injustes ou ingrats qui accusent les anatomo-pathologistes modernes de se confiner dans les faits de détail et les défient de s'élever jusqu'aux sommets élevés de la synthèse. A la vérité, nous nous préoccupons surtout de combler la lacune laissée par nos prédécesseurs, mais l'avenir montrera bientôt combien le reproche d'exclusivisme est peu fondé.

Tout en adoptant sans arrière-pensée pour les lésions une classification calquée sur celle qui prévaut en anatomie normale, je ne conteste point l'utilité pratique ni même l'attrait d'un autre mode de groupement ayant pour base la notion étiologique.

La lésion constatée, il est naturel et bon d'en chercher l'origine, puis, celle-ci trouvée, on est tenté de s'en servir pour composer des espèces, des genres et des classes. C'est en suivant cet ordre d'idées que nombre d'auteurs ont admis des lésions de cause interne et de cause externe, des lésions physiques, chimiques, traumatiques, vitales, spontanées, primaires ou idiopathiques, secondaires et symptomatiques, etc. Je ferai seulement remarquer qu'en poursuivant la recherche des causes, on sort du terrain de l'anatomie pathologique pure pour entrer sur celui de la pathologie. La connexion entre la cause et la production d'une lésion est étroite et évidente, mais la connaissance de ce rapport constitue la *pathogénie*, branche tout à fait distincte de la science médicale et qui suppose connues les lésions matérielles d'une part, et de l'autre l'étiologie proprement dite. La production de la lésion une fois élucidée, étudiez-en les effets et les conséquences, c'est à dire les symptômes et l'évolution, et vous avez la pathologie toute entière. A coup sûr il faut bien arriver à rallier les éléments divers de cette dernière, mais il ne faut pas pour cela les confondre, car s'il est indispensable de réunir les anneaux

de la chaîne, il convient tout autant de les forger et de les limer isolément.

Au reste, pour montrer comme je comprends la formation de ces groupes si commodes par l'application, et à ce titre si chers aux praticiens, je prendrai comme spécimen une classe des plus naturelles et des plus universellement admises ; je veux parler des lésions traumatiques. Je me contenterai d'en donner la définition et les caractères, laissant à d'autres le soin d'en fournir une description complète.

Lésions traumatiques (de τραῦμα, blessure). — Ce terme, de date assez récente, tend à remplacer dans la nomenclature moderne les mots blessures, violences extérieures, lésions physiques, mécaniques, chirurgicales, et désigne comme eux les désordres accidentellement produits par des agents vulnérants étrangers à l'économie ou par un acte physiologique exagéré. Cette substitution est légitimée par l'insuffisance des dénominations anciennes, dont le sens est trop restreint ou trop étendu.

En adoptant ce néologisme, on a négligé d'en donner une définition claire et précise ; je vais m'efforcer de réparer cet oubli, et cela me semble d'autant plus utile que les lésions traumatiques forment une classe très nombreuse et très naturelle : très nombreuse, parce que toutes les parties du corps en peuvent être atteintes et de mille manières différentes ; très naturelle, parce que, malgré l'infinie variété qu'elles présentent et les combinaisons multiples qu'elles affectent avec d'autres états pathologiques, elles se distinguent nettement des lésions dites physiques, mécaniques ou organiques, par une série de caractères constants, faciles à déterminer et tirés de la cause, de la nature de la lésion, des troubles fonctionnels qui en résultent, et de la marche ultérieure de l'accident.

Ces caractères sont au nombre de cinq :

Caractère étiologique. — La cause vulnérante agit à l'improviste, pendant un temps habituellement fort court et sans prédisposition nécessaire.

Caractère anatomique. — La lésion consiste essentiellement en une diérèse, une séparation violente et instantanée de parties normalement réunies, une solution de continuité et de contiguïté.

Caractère physiologique. — La lésion traumatique a pour conséquence des changements immédiats dans la forme, les rapports, les propriétés, les usages et fonctions de la partie lésée ; ces changements temporaires ou définitifs peuvent être calculés à l'avance,

car ils dépendent rigoureusement de la nature des organes, tissus ou éléments blessés.

Caractère pathologique. — Toute lésion traumatique suscite inévitablement et presque soudainement une irritation locale, qui provoque à son tour une série de processus réparateurs ou destructeurs; cette irritation et ses suites peuvent rester circonscrites au point blessé ou s'étendre au voisinage et même à l'organisme tout entier. Dans ce dernier cas, la lésion traumatique la plus insignifiante au début peut devenir grave jusqu'à la mort inclusivement.

Caractère pronostique. — Les lésions traumatiques ont une tendance naturelle à la guérison spontanée : lorsqu'elles portent sur des tissus normaux, atteignent un organisme sain, ne lèsent pas un organe trop essentiel à la vie et n'occasionnent pas de trop grands désordres primitifs; lorsqu'enfin le blessé se trouve dans un milieu salubre. Les conditions opposées neutralisent cette tendance heureuse et engendrent des accidents locaux ou généraux dont la nature et l'art ne triomphent pas toujours.

Ce n'est pas le seul désir d'être méthodique qui me fait énumérer complaisamment tous ces caractères; leur admission a plusieurs avantages : elle nous permet de tracer le cadre complet des lésions traumatiques, d'en éliminer des lésions très voisines à la vérité, mais dans lesquelles un ou plusieurs de ces caractères manquent; de discuter la synonymie classique; de justifier enfin l'introduction d'un terme générique, sinon nouveau, du moins mal défini jusqu'à ce jour.

Dans le cadre des lésions traumatiques se rangent :

1° Toutes les solutions de continuité produites par un agent extérieur mis en conflit avec nos organes : fractures, luxations, contusions, plaies, etc., lésions types sur la classification desquelles tout le monde est d'accord.

2° Les solutions de continuité dans lesquelles on ne trouve comme cause ni agent vulnérant ni violence extérieure, mais une action mécanique violente et instantanée résultant du jeu même de nos organes. Exemple : les ruptures ou déchirures qui surviennent aux muscles, aux tendons, aux aponévroses, aux vaisseaux, aux canaux et réservoirs sous l'influence d'une contraction musculaire volontaire ou non, ou d'une distension soudaine et exagérée, en un mot d'un effort actif ou passif. Il n'est possible ni en nosographie ni en pratique de séparer la fracture succédant à un choc de celle qu'engendre un violent effort musculaire; dans les deux cas nous constatons l'instantanéité de la cause, la diérèse brusque, l'abolition subite des fonctions, l'irritation primitive et la réparation consécutive, la tendance

naturelle à la guérison; il y a donc identité. C'est pour ces motifs qu'il convient de modifier la définition classique, qui n'admet pour causes des lésions traumatiques que les violences extérieures. Ces solutions de continuité de cause interne sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le dit; à la vérité, elles passent souvent inaperçues en raison de leur étendue minime, de leur siège dans l'intimité de nos tissus et des troubles médiocres qu'elles suscitent. Mais elles jouent certainement un rôle essentiel dans les déplacements progressifs : hernies ou prolapsus prétendus spontanés et qui supposent cependant une destruction des moyens de fixité; dans les dilatations pathologiques, les insuffisances valvulaires veineuses, les hémorrhagies capillaires, les apoplexies, etc., et aussi dans une foule d'affections du ressort de la pathologie interne auxquelles les anatomo-pathologistes doivent restituer leur véritable origine.

Ces remarques prouvent amplement que les mots, *violences extérieures*, *blessures*, que les auteurs du *Compendium de chirurgie* définissent « solution de continuité apparente ou cachée, occasionnée par une violence extérieure (t. I, p. 305) », ne peuvent désigner l'ensemble des lésions traumatiques. Les termes *lésions externes*, *lésions chirurgicales* sont également insuffisants; ce dernier, surtout, est impropre, car il doit être réservé aux lésions pratiquées par le chirurgien, c'est-à-dire aux opérations; d'où il suit que toute lésion chirurgicale est traumatique, mais que la réciproque n'est pas vraie.

Si les termes précédents sont trop restreints, en revanche ceux de *lésions physiques*, *lésions mécaniques*, adoptés par divers auteurs, Richerand, Vidal, les auteurs du *Compendium*, sont beaucoup trop étendus et enveloppent, dans leur acception, des lésions essentiellement différentes des lésions traumatiques. J'accorde que ces dernières sont produites par des agents physiques ou mécaniques, agissant physiquement ou mécaniquement. Je veux bien que toute lésion traumatique soit de l'ordre des lésions physiques ou mécaniques, mais je rejette la réciproque. Si en effet on faisait la confusion que je combats, il faudrait ranger à côté des plaies, des ruptures, des luxations, etc., les simples pressions et toutes leurs conséquences, y compris la mortification des tissus qui y sont soumis, l'interruption du cours du sang dans les vaisseaux, de l'influx nerveux dans un nerf et tous les effets primitifs ou éloignés que produisent sur l'organisme le froid, le chaud, la lumière, l'électricité; puis, comme plusieurs de ces agents dits physiques agissent chimiquement sur nos tissus (lumière, électricité), il faudrait, pour être logique, ranger dans les lésions traumatiques

toutes celles qui résultent de l'application des caustiques; enfin, si la simple circonstance de cause physique suffisait, ne faudrait-il pas annexer encore toutes les inflammations ou affections organiques consécutives à l'action directe du froid, depuis l'adénite cervicale jusqu'au rhumatisme articulaire et à la périostite suppurée.

Notre deuxième caractère nous permet de sortir facilement d'embarras; quels que soient sa cause, sa nature et son mode d'action, la lésion ne sera traumatique qu'en cas de production immédiate d'une solution de continuité. Or c'est ce qui manque dans la compression, dans l'action superficielle des agents dits impondérables et dans la réaction chimique que diverses substances exercent sur nos tissus. La diérèse plus ou moins tardive produite par l'action énergique de ces agents physiques, mécaniques ou chimiques, appartient alors à la catégorie des lésions organiques et nécessite l'intervention des processus inflammatoire, ulcératif, nécrosique, atrophique, etc.

Je conclus de tout ce débat que le terme de traumatique est nécessaire pour désigner un ordre de lésions pour lequel je propose la définition suivante : *La lésion traumatique est une lésion interne nou extere, apparente ou cachée, accidentelle, locale, issue sans prédisposition nécessaire d'une violence extérieure ou d'une action physiologique exagérée, caractérisée par l'instantanéité de la cause, la production immédiate d'une solution de continuité dans nos tissus, l'apparition subite de modifications morphologiques ou fonctionnelles, le développement très prochain d'une irritation au point lésé et la tendance naturelle à la réparation spontanée.*

En procédant de la même manière, c'est-à-dire en précisant les caractères spéciaux étiologiques, anatomiques, physiologiques, etc., on arriverait à définir rigoureusement les lésions *mécaniques*, *chimiques*, *organiques*, celles-ci résultant du jeu même des organes, augmenté, diminué ou perverti.

Le défaut d'espace m'interdit les développements dans lesquels il faudrait entrer pour établir et limiter ces groupes; le même motif m'empêche de discuter ici plusieurs questions importantes : comment se produisent les lésions — comment, une fois produites se révèlent-elles et donnent-elles naissance à des symptômes, — toute lésion se traduit-elle par des signes et engendre-t-elle des troubles fonctionnels latents ou patents — existe-t-il des troubles fonctionnels sans lésion et des affections sans désordre matériel temporaire ou permanent — comment se réparent ces lésions et quelle est, dans cette réparation, le rôle respectif de l'art et de la nature, etc.

[Cet article sur les lésions traumatiques, bien qu'écrit depuis quinze ans, ne me paraît pas devoir être notablement modifié. Je conserve surtout ma définition sans y rien changer.

Deux auteurs recommandables, M. le professeur Gussenbauer, actuellement à l'Université de Prague, et M. le professeur Berne, de Lyon, ont bien voulu prendre en considération la définition susdite et l'approuver, en lui adressant néanmoins quelques critiques[1].

Tous deux sont d'accord pour me reprocher d'avoir exclu du cadre des lésions traumatiques la diérèse produite par les agents physiques et chimiques, chaleur, froid, électricité. Je croyais pourtant m'être bien nettement exprimé sur ce point. Quant la diérèse produite par le fer rouge, un caustique, l'action de la foudre, est *instantanée*, j'admets qu'il y a trauma, parce que je retrouve tous les caractères de ce genre de lésions. Mais quand les agents physiques ou chimiques en question n'amènent la diérèse que tardivement et par l'intermédiaire d'un processus spécial : inflammation, mortification, séquestration, etc., je rejette ces cas de la classe des lésions traumatiques.

J'admets que la distinction entre la diérèse traumatique et la diérèse spontanée n'est pas toujours facile à faire et qu'on peut être embarrassé quand il s'agit par exemple de fractures, de ruptures musculaires, d'ouvertures vasculaires survenant presque sans violence apparente. Mais je crois qu'on peut aisément se tirer d'embarras en admettant : la *diérèse traumatique pure*, portant sur des tissus sains ; la *diérèse pathologique pure*, dans laquelle la solution de continuité s'effectue par ramollissement, ulcération, carnification des os, sphacèle ; et enfin, la diérèse *traumatico-pathologique*, comprenant les cas assez communs où la solution de continuité, bien que consécutive à une violence, ne se réalise qu'à la faveur d'une lésion anatomique antérieure à l'application de cette violence et ayant amené une diminution préalable dans la résistance des tissus.

L'adoption de cette troisième catégorie fait cesser les malentendus et laisse au cadre de la traumatologie toute son ampleur. — A. V. Oct. 1883.]

1. Gussenbauer. *Die traumatische Verletzungen*, dans la *Deutsche Chirurgie*, Lief. 15, p. 22. Stuttgart, 1880. — Berne, *Leçons de pathologie chirurgicale générale*, Paris, 1883, tome I, p. 702.

ÉTIOLOGIE ET MODE DE PRODUCTION

DES LÉSIONS TRAUMATIQUES[1]

L'étiologie et le mécanisme de production (pathogénie) des lésions traumatiques sont parfaitement exposés dans les classiques. C'est sur cette base que repose l'ancienne division des blessures en plaies par instruments piquants, tranchants et contondants. Quelques auteurs y ajoutent les plaies par rupture et par arrachement.

Les classifications modernes sont plus étendues[2], mais on peut leur reprocher encore d'être incomplètes ou de réunir des éléments disparates.

M. Verneuil, dans le cours qu'il a fait cet hiver à l'École de médecine sur les lésions traumatiques, a repris ce point de nosographie, et s'est efforcé d'y introduire une réforme nécessaire.

Après avoir énoncé quelques propositions générales sur la violence et son action sur nos organes[3], il est arrivé à une classification basée sur le mode d'action des agents vulnérants et sur le mode de production des solutions de continuité traumatiques.

Les conclusions suivantes, extraites d'une de ses leçons, nous ont paru assez intéressantes pour être publiées.

I. Les lésions traumatiques sont essentiellement caractérisées, au point de vue anatomique, par la *diérèse* instantanée, c'est-à-dire par la séparation brusque de parties normalement réunies.

II. La violence est la cause unique et essentielle de la diérèse traumatique.

1. Cette note est la reproduction d'une leçon faite à la Faculté pendant l'hiver 1871-72 ; elle a été recueillie par M. le Dr Blum, alors mon élève, et publiée par lui dans la *Revue des cours scientifiques*, 1872, IIe série, t. II, p. 705.

2. Voy. Dupuytren (*Leçons de clinique chirurgicale*, t. V, p. 56), et Gustave Simon (*Deutsche Klinik*, 1866 et 1867).

3. On trouvera ces propositions à l'article *Commotion*, qui figure plus loin dans le présent volume.

III. Cette violence naît du conflit survenu entre un corps animé de mouvement et un corps qui résiste à ce mouvement.

IV. De ces deux corps, l'un, *vulnérant*, effectue la diérèse; l'autre, *vulnéré*, la subit.

V. Le mouvement qui réside, soit dans le corps vulnérant (blessures par projectiles), soit dans le corps vulnéré (blessures par chute d'un lieu élevé), tantôt s'épuise au lieu même de son application, tantôt se décompose en deux portions, dont l'une réalise la diérèse et l'autre se dissémine au loin en provoquant des vibrations ou des oscillations.

VI. Les agents vulnérants sont fournis par le monde extérieur (lésions de cause externe), ou par notre organisme lui-même (lésions de cause interne).

VII. Tous les corps extérieurs peuvent devenir agents vulnérants, quel que soit leur état moléculaire : gaz, liquides ou solides. Ces derniers toutefois déterminent le plus fréquemment la diérèse.

VIII. Tous nos organes peuvent jouer les uns par rapport aux autres le rôle d'agents vulnérants. Cependant les os et les muscles occupent, sous ce rapport, le premier rang.

IX. Les agents vulnérants réalisent la diérèse d'après les lois qui en physique régissent le mouvement, sa propagation, sa dissémination, en vertu surtout de celle-ci : tout corps qui résiste au mouvement met en péril l'intégrité de sa constitution moléculaire.

X. La structure anatomique et les propriétés spéciales de nos organes apportent, il est vrai, à ces lois certaines modifications empiriquement constatées, mais mal définies scientifiquement. Aussi appartiendrait-il aux physiciens biologistes de nous apprendre comment la violence arrive à triompher de la résistance de nos organes, et à y effectuer la solution de continuité traumatique.

XI. Le degré inégal de résistance qu'opposent à la violence nos organes superposés ou juxtaposés, explique comment la diérèse peut siéger en des points différents.

Elle est *immédiate* quand la résistance est vaincue au point d'application de la violence; *médiate*, au contraire, quand la résistance cède à une distance plus ou moins grande de ce point.

Dans le premier cas, le corps vulnérant est l'agent direct de la lésion (plaies diverses); dans le second, il n'agit qu'indirectement et transmet sa puissance à des organes capables de résister au mouvement et de le propager (lésions à distance, lésions par contre-coup).

XII. Étudiée uniquement jusqu'ici dans les tissus et dans les or-

ganes, la diérèse doit être tout d'abord recherchée dans les éléments anatomiques; or, ces éléments ont une certaine étendue (tube nerveux, fibre tendineuse); de plus, ils se réunissent et se juxtaposent pour former les tissus; c'est pourquoi la violence, suivant qu'elle porte sur l'élément lui-même ou sur les espaces inter-élémentaires, produit la *solution de continuité proprement dite* ou la *solution de contiguïté*, dite encore *disjonction*. Ces deux formes, qu'on peut concevoir isolées, s'associent le plus souvent, pour peu que la lésion traumatique ait une certaine étendue.

XIII. Les lésions traumatiques sont uniques ou multiples. *Uniques*, quand l'agent vulnérant atteint un seul point du corps et le blesse une seule fois. *Multiples*, au contraire, quand la violence porte à la fois sur plusieurs points distincts ou quand elle se renouvelle après une première application. Dans le premier cas, les lésions multiples sont *simultanées* ou *contemporaines* (contusions multiples causées par une chute). Dans le second, elles sont *successives* (perforation de la peau ou déchirure d'un vaisseau par un fragment osseux dans le transport d'un blessé).

XIV. Les agents vulnérants, malgré leur infinie variété, n'effectuent la diérèse que suivant deux modes simples, la pression ou la traction, susceptibles à la vérité de s'associer. En prenant pour base le mécanisme, on peut donc diviser les lésions traumatiques en deux classes, non compris les formes mixtes. Dans la première, *lésions par pression*, l'agent vulnérant, moyennant un point d'appui, condense d'abord les éléments anatomiques, puis tend à les pénétrer et enfin les dissocie ou les divise.

Dans la seconde, *lésions par traction*, l'agent vulnérant raréfie les éléments et les allonge avant de les séparer ou de les rompre. Dans les deux classes, les genres sont déterminés par des conditions secondaires. Si l'on envisage l'étendue plus ou moins considérable du contact entre l'agent vulnérant et les tissus, la pression sera *punctiforme*, *linéaire*, *large*, d'où trois genres :

Les *piqûres*, les *coupures*, les *écrasements*.

Si la pression, au lieu d'être en quelque sorte lente et progressive, s'accompagne de choc ou de percussion brusque, elle donnera lieu à la *contusion*, c'est-à-dire à la diérèse avec ébranlement des parties voisines.

La traction à son tour, suivant le sens dans lequel elle s'exerce, forme quatre genres de *ruptures :* par *distension* (déchirures), par *flexion*, par *torsion*, par *diduction* (fissures). La traction avec secousse répondant à la pression avec choc engendrera l'*arrachement*.

XV. Piqûre, écrasement, contusion, rupture, etc., sont des types de lésions traumatiques à mécanisme simple; mais on reconnaît le plus souvent en pratique des formes mixtes dans la production desquelles interviennent plusieurs modes d'action de l'agent vulnérant; ainsi, par exemple, les *écorchures*, les *décollements*, sont produits par une pression oblique, en d'autres termes par une violence qui au lieu d'application se décompose en pression perpendiculaire et en traction plus ou moins parallèle à la surface atteinte.

Dans les plaies contuses, il y a à la fois coupure, écrasement et contusion, c'est-à-dire association de plusieurs modes de pression. Dans les blessures causées par les gros projectiles ou les machines puissantes, on trouve réunis l'écrasement, l'arrachement, la contusion, le décollement, la rupture par distension, etc.

Dans les lésions traumatiques multiples, contemporaines ou successives, chaque lésion peut être produite par un mécanisme différent.

XVI. La commotion ne rentre pas dans cette classification; si elle existe incontestablement en tant que suspension temporaire des propriétés organiques, c'est-à-dire à titre de trouble fonctionnel, on admet qu'elle ne s'accompagne d'aucune solution de continuité. En conséquence, elle doit être exclue du cadre des lésions traumatiques. Elle n'y prendrait place qu'au cas où il serait démontré qu'elle répond à un mode particulier de diérèse causée par des mouvements vibratoires, et siégeant peut-être dans les interstices des éléments anatomiques[1].

XVII. L'étude attentive des différents modes d'action de la violence et des façons variées dont elle produit la diérèse traumatique ne tend pas seulement à établir une classification étiologique des blessures. Elle permet aussi de classer parallèlement les opérations chirurgicales qui ne sont que des lésions traumatiques préméditées et régularisées.

Pour produire la diérèse dans un but thérapeutique, le chirurgien emploie la violence et l'applique avec sa main nue ou armée d'agents vulnérants divers; il choisit à la vérité les mécanismes qui compromettent le moins l'intégrité des tissus. Mais, en résumé, il ne fait que copier, en les perfectionnant autant que possible, les procédés du hasard. En tout cas il ne doit pas oublier que l'évolution ultérieure des blessures qu'il produit est identique à celle des blessures homonymes survenues par accident. Aussi doit-il profiter de tous les enseignements que lui fournit l'observation clinique des lésions

1. Cette question est longuement discutée à l'article *Commotion*.

traumatiques communes. Ces rapprochements sont d'une grande utilité en thérapeutique chirurgicale pour fixer les indications et contre-indications, et surtout pour éclairer le choix à faire entre les méthodes et les procédés de diérèse opératoire.

Quelques exemples justifieront les propositions précédentes.

XVIII. Le chirurgien, agissant par pression, pratique des *piqûres* (acupuncture, ponctions, paracentèse), des *coupures* (incisions, débridements, sections, dissections), des *écrasements* (ligature, écrasement linéaire, broiement des tumeurs). Il rejette la *contusion*, afin de limiter autant que possible les dégâts et de les circonscrire dans le foyer traumatique; mais il utilise la traction par *distension*, par *flexion* (rupture des ankyloses, des cals difformes, des brides cicatricielles, dilatation brusque des rétrécissements, de l'orifice herniaire), par *torsion* (ablation des polypes, oblitération des artères), par *diduction* (décollement du périoste, de l'ongle).

La *traction* brusque intervient dans l'arrachement des dents, l'épilation. Dans certaines opérations complexes : résection, extirpation de tumeurs, le chirurgien combine toutes les violences : incision, dissection, énucléation, arrachement, torsion, etc. En sorte que le foyer traumatique mixte est constitué ici comme dans les coupures, là comme dans les écrasements, en un troisième point, comme dans les ruptures ou les arrachements.

XIX. L'étiologie et la pathogénie des lésions traumatiques seraient terminées si ces lésions étaient toujours simples, si, en d'autres termes, la violence, qui produit la diérèse, agissait toujours seule; mais à cette cause essentielle s'associent fréquemment d'autres causes pathogéniques, qui primitivement impriment à la blessure des caractères spéciaux, et dans la suite exercent une grande influence sur son évolution : d'où la nécessité d'admettre en regard des *lésions traumatiques simples*, des *lésions traumatiques compliquées*.

XX. La lésion traumatique est dite *simple* quand l'agent vulnérant opère pendant un temps limité, d'une façon purement mécanique, et se borne à séparer des parties normalement réunies.

Simple encore quand la violence porte sur des tissus sains, appartenant à un sujet sain, qui vit dans un milieu pur ou du moins dans un milieu auquel il est acclimaté.

Simple aussi quand, la lésion durant, aucun agent pathogénique n'atteint le foyer traumatique, ne provoque d'affections intercurrentes ou ne contamine le milieu.

La lésion restant simple du premier jusqu'au dernier moment, l'individu atteint reste à l'état de *blessé*.

XXI. La lésion traumatique doit être, au contraire, considérée comme *compliquée* dans les circonstances inverses. Primitivement, quand l'agent vulnérant séjourne dans la blessure, quand il est susceptible d'exercer sur nos tissus une action chimique ou toxique, quand il est imprégné de calorique (fer rouge), on chargé d'électricité (électrolyse), quand à la diérèse s'ajoute l'exérèse (perte de substance); quand la violence porte sur des tissus préalablement altérés, qu'elle sévit sur un sujet antérieurement malade, plongé dans un milieu délétère.

Compliquée encore, mais secondairement, quand à une époque quelconque de l'affection traumatique survient une nouvelle blessure ou une maladie intercurrente non traumatique, ou un changement brusque de milieu.

Dans ces conditions, on a à traiter tantôt un *blessé malade*, tantôt un *malade blessé*, tantôt enfin un sujet primitivement malade, accidentellement blessé et enfin consécutivement malade.

D'où résulte qu'on a affaire toujours à deux, souvent à trois processus pathologiques distincts : l'un traumatique, qui est constant; les autres qui se rapportent aux états pathologiques antérieurs, contemporains ou consécutifs.

Ces faits incontestables et ces combinaisons, qui sont loin d'être rares, laissent prévoir à quel extrême degré de complexité peut parvenir l'évolution d'une lésion traumatique, et quelles difficultés peut entourer l'analyse clinique.

XXII. Bien qu'en théorie il soit impérieusement commandé de noter avec soin les complications étiologiques précitées; bien que le développement parallèle des processus pathologiques associés soit une éventualité sur laquelle il faut compter sans cesse, en pratique on constate de fréquentes exceptions, soit, par exemple, l'évolution simple d'une lésion traumatique évidemment compliquée d'un état pathologique antérieur, d'une perte de substance, d'une viciation manifeste du milieu, d'une maladie intercurrente, etc. Ces anomalies, qu'on explique trop légèrement par l'idiosyncrasie, par les conditions individuelles et autres hypothèses, ne sont pas dues au hasard; elles sont régies par les lois qui malheureusement sont encores inconnues pour la plupart, et qu'il faut s'efforcer de découvrir.

Ce sont ces exceptions qui, dans l'état actuel de la science, jettent sur le pronostic des lésions traumatiques une incertitude et une

obscurité que les progrès de nos connaissances doivent faire disparaître.

XXIII. Il faut surtout prendre garde d'attacher à l'idée de complication celle d'aggravation du pronostic. Le contraire a lieu souvent. La lésion compliquée évolue *autrement* que la lésion simple, mais non toujours *plus mal :* ainsi les solutions de continuité par écrasement, avec perte de substance, avec modification chimique des parois du foyer, sont souvent plus bénignes que les blessures si simples en apparence faites avec l'instrument tranchant le mieux affilé. La cautérisation d'une plaie avec le fer rouge lui donne une grande bénignité. Pratiquées sur des tissus enflammés, les incisions occasionnent beaucoup moins d'accidents que si elles portaient sur des tissus sains, comme le prouve le débridement des panaris comparé aux plaies communes des doigts.

XXIV. Les données précédentes permettent de dresser la classification suivante des lésions traumatiques compliquées :

1° Lésions compliquées d'exérèse (pertes de substance).

2° Lésions compliquées de corps étrangers.

3° Lésions compliquées d'altération chimique des parois du foyer par le fer rouge, l'électricité, les caustiques, etc.

4° Lésions compliquées d'intoxications (venins, virus, matières septiques, poisons divers).

5° Lésions compliquées d'altération préalable des tissus divisés.

6° Lésions compliquées d'un état pathologique antérieur du blessé.

7° Lésions compliquées d'une viciation du milieu.

XXV. Le chirurgien pratique tous les jours des lésions traumatiques intentionnellement compliquées; il associe l'exérèse à la diérèse (amputation, extirpation des tumeurs); il laisse à dessein des corps étrangers dans les plaies (drainage, suture); il charge l'instrument de calorique ou d'électricité, et même aussi de substances toxiques (inoculations, injections hypodermiques). Fréquemment il divise des tissus malades de bon gré et de force, et opère plus souvent des sujets malades que des individus sains; de plus, quoiqu'à regret, il agit dans les conditions les plus fâcheuses d'encombrement et d'infection du milieu.

Enfin, à une blessure accidentelle il ajoute une blessure chirurgicale quand il pratique une amputation ou une résection, en cas de lésion traumatique grave, et même quand il se contente de débrider une plaie d'arme à feu pour en extraire les corps étrangers.

Dans tous ces cas, le chirurgien doit se convaincre qu'il change la

nature de la lésion traumatique et en modifie en bien ou en mal l'évolution naturelle et prévue.

Pour oser se substituer ainsi à la nature, que d'ailleurs il copie, il lui faut connaître exactement les ressources et la puissance de celle-ci, et faire en sorte d'atteindre le but suprême de l'art : la *guérison*, avec moins de risques et à moins de frais.

DE LA MÉSO-HISTOLOGIE

NORMALE ET PATHOLOGIQUE

[Les pages qui suivent résument sous une forme concise trois leçons que je fis en 1871 dans un de mes cours à la Faculté de médecine.

En 1872, ayant appris que mon ami Bertillon, de regrettée mémoire, écrivait pour le *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre un article sur la mésologie en général, j'en causai avec lui et lui communiquai mes notes. Il me demanda de les condenser et les inséra telles quelles dans son propre texte à la suite de quelques réflexions qu'il avait émises déjà sur la même question [1].

J'aurais voulu dès cette époque donner à ces idées un plus grand développement, car je les croyais alors et les crois encore aujourd'hui susceptibles d'applications nombreuses; malheureusement le temps m'a toujours manqué pour reprendre ce sujet et utiliser les matériaux qui depuis douze ans gisent dans mes cartons.

Deux fois cependant j'ai amplifié des points limités du sujet, d'abord pour modifier la classification des traumas basée sur leur siège et que John Hunter avait proposée, puis pour assigner à toutes les lésions traumatiques un caractère commun et constant méconnu jusque-là.

Bien que la méso-histologie n'ait qu'une relation indirecte et circonscrite avec le traumatisme, je reproduis ici ce que j'en ai dit comme introduction à la nouvelle classification des lésions traumatiques que j'ai proposée (thèse de Mascarel, 1872) et à la *Note sur un point de traumatologie* lue en 1875 au Congrès de Nantes.

On pourra juger par ce dernier opuscule de ce qu'on tirerait de cette source d'études, si on s'efforçait de l'épuiser. A mon avis, il n'est guère de point de la pathologie qui n'en pourrait profiter.

Quelle étendue et quelle importance d'ailleurs prendrait le pro-

1. *Dict. encycl.*, 2e série, t. VII, art. Mésologie, page 220.

gramme si l'on y joignait à titre d'annexe la mésologie parasitaire, c'est-à-dire l'étude des conditions d'origine, de propagation, de culture, d'émigration, d'invasion, etc., des macrobes et des microbes qui jouent dans la pathologie un rôle de plus en plus considérable!

La mésologie est une partie essentiellement française de la science. De Blainville, A. Comte, Ch. Robin, Bertillon, en ont posé les assises, mais ont laissé la tâche inachevée. Actuellement personne ne vous paraît en voie de recueillir l'héritage de ces grands esprits. J'éprouverais une grande joie si ces lignes pouvaient inspirer à quelque jeune Français l'idée de poursuivre des recherches dans lesquelles il serait bien aisé encore de s'illustrer. — (Oct. 1883.]

Chaque élément anatomique est entouré de substances fluides ou solides, qui lui forment un milieu complet, dans lequel il naît, se développe, se nourrit et fonctionne.

Le globule sanguin a pour milieu la liqueur du sang : l'ovule, le fluide qui remplit la vésicule de de Graaf et les cellules groupées du disque proligère, etc.

Les rapports immédiats de chaque élément sont connus et décrits en anatomie ; mais on a omis d'en dresser jusqu'ici le tableau général et complet. Ce travail préalable, qui n'offrirait d'ailleurs aucune difficulté, servirait de base à la mésologie histologique. Un simple coup d'œil jeté sur le tableau montrerait une grande variété dans les milieux histologiques, et des différences considérables dans les conditions de vie des éléments anatomiques considérés isolément.

L'être vivant est en rapport immédiat par quelques-unes de ses parties avec le monde extérieur, et ingère pour les besoins de sa nutrition des substances empruntées au milieu dans lequel il vit. D'où résulte que ceux des éléments qui limitent la surface tégumentaire ou tapissent les cavités digestives et respiratoires, sont normalement en contact avec des matières telles que l'air, l'eau, les aliments solides divers, matières étrangères à l'organisme, mais faisant partie toutefois du milieu histologique spécial des éléments susdits.

Pour les profondeurs du corps, il en est autrement : les éléments anatomiques ne sont plus en rapport qu'avec eux-mêmes ; leur milieu est exclusivement composé de matières organiques, liquides, amorphes, anhistes comme les fluides nouriciers récrémentitiels ou excrémentitiels, ou solides et figurés en fibres, cellules, tubes, etc.

Le milieu n'est donc pas uniforme pour tous les éléments

anatomiques ; il varie d'abord, suivant la situation de ces éléments. Les profonds vivent exclusivement au milieu des matières organiques ou dérivées de l'organisme (sécrétions). Les superficiels proprement dits et les superficiels cavitaires, c'est-à-dire les épidermes et épithéliums, qu'on pourrait appeler éléments protecteurs, sont en contact d'un côté avec les corps extérieurs du milieu cosmique, de l'autre avec les parties vivantes, qui leur fournissent des moyens de nutrition. Leur milieu est donc mixte, à la fois inorganique et organique : ils luttent contre le premier et vivent par l'intermédiaire du second.

Au reste, ces éléments tégumentaires externes ou internes, qui protègent les éléments profonds, sont eux-mêmes protégés par des sécrétions diverses, dont l'usage principal est d'atténuer les effets nuisibles des agents du milieu cosmique.

Les milieux histologiques diffèrent beaucoup en composition et en complexité. Tel élément est uniquement entouré d'éléments similaires : c'est le cas pour les fibres centrales du cristallin, pour les cellules centrales de l'épiderme stratifié. Le milieu est alors *homogène*. Bien plus souvent il est *hétérogène*, en ce sens que l'élément est en rapport non seulement avec ses congénères, mais encore avec d'autres éléments figurés et des fluides divers. Cette disposition s'observe dans la plupart des tissus, qui sont constitués par l'agencement d'éléments empruntés à plusieurs systèmes organiques.

Dans cette promiscuité apparente, il y a lieu cependant de remarquer, pour certains éléments, une condition spéciale d'isolement. Le faisceau simple de fibrilles musculaires est toujours, dans les muscles striés, entouré par la gaîne du myolemme ; de même, le périnèvre enveloppe toujours le faisceau le plus ténu des tubes nerveux.

Le milieu immédiat est donc exclusif pour certains éléments, dans quelque combinaison anatomique qu'ils entrent ; et l'on peut dire, par exemple, de l'élément primitif du muscle strié, qu'il n'est jamais en rapport direct qu'avec lui-même et avec la face profonde du tube qui le contient.

En d'autres cas, tout en étant multiples, les contacts peuvent être exclusifs : le globule rouge du sang nage dans le sérum en compagnie du globule blanc ; il touche également sans intermédiaire l'endothélium vasculaire, mais hors de là jamais il n'est en rapport immédiat avec les autres éléments anatomiques.

Cet exemple nous montre, en passant, qu'un même milieu peut recéler plusieurs éléments anatomiques, puisque la liqueur du sang renferme les hématies et les leucocytes. A coup sûr, si elle ne les engendre pas (la science est muette sur ce point), elles les nourrit et

leur permet de vivre; peut-être alimente-t-elle également la tunique interne des vaisseaux.

En revanche la fibre conjonctive et ses dérivés se juxtaposent étroitement et sans aucun intermédiaire à la plupart des éléments anatomiques : cellules cérébrales et ganglionnaires, vésicules adipeuses, fibres élastiques, fibres-cellules des muscles lisses, tubes à simple contour des nerfs splanchniques, paroi externe des acini, tissu osseux et cartilagineux, épithélium des séreuses, etc. Les capillaires sont à peu près dans le même cas.

Ces éléments conjonctifs et vasculaires font donc partie intégrante d'un grand nombre de milieux histologiques, et réciproquement admettent dans leur milieu propre un grand nombre d'éléments non similaires.

Un des attributs essentiels du milieu est de fournir aux êtres qui y sont plongés des matériaux de subsistance. Les milieux sont ordinairement complexes et renferment des corps qui, relativement à l'être vivant, sont assimilables, nuisibles ou inertes. L'animal ou la plante attire les premiers, évite les seconds et tolère simplement les troisièmes.

L'élément anatomique se comporte de même; il se nourrit aux dépens de son milieu histologique, en faisant acte de sélection, car il n'emprunte pas indistinctement sa pâture à toutes les parties qui l'entourent. Si quelques-unes de ces dernières sont alibiles, d'autres sont inertes, indifférentes : et pour deux éléments anatomiques, le rapport intime, le contact immédiat, n'impliquent nullement l'échange nutritif réciproque.

L'air, l'urine, la bile ne nourrissent pas l'épiderme ni l'épithélium de la vessie et des voies biliaires; les fibres conjonctives ou élastiques ne cèdent rien aux autres éléments qu'elles entourent ou côtoient.

En dernière analyse, les éléments anatomiques ne sont alimentés que par la liqueur du sang, milieu nutritif commun, qui leur offre à la vérité, et si je puis employer une expression vulgaire, un assortiment varié de matières alimentaires. Mais l'emprunt ne se fait directement que dans un petit nombre de cas (hématies, globules blancs) ; le plus souvent un ou plusieurs intermédiaires s'interposent entre l'élément en quête de nourriture et le milieu nutritif. En d'autres termes, l'aliment, pour arriver à destination, est obligé de traverser d'autres éléments anatomiques qui, seuls, sont en contact immédiat avec celui qu'il s'agit de substanter.

La paroi des capillaires est le premier de ces intermédiaires, mais il n'est pas le seul. Pour arriver, par exemple, à nourrir l'épiderme

cutané et l'épithélium glandulaire, la liqueur du sang doit franchir encore la couche superficielle du derme, la paroi anhiste des acini. Dans l'épiderme stratifié lui-même, le suc nutritif n'atteint les cellules superficielles qu'après avoir traversé les cellules profondes.

Il semble qu'en certains cas, ces couches intermédiaires ont pour mission de faire subir à l'aliment une préparation spéciale et indispensable; tel serait le rôle du périoste, du périchondre, de la capsule cristalline, de la membrane vitelline. Le périnèvre, le myolemme sont peut-être dans le même cas.

Ces remarques ont pour but de faire ressortir les différences qui existent entre le milieu histologique immédiat, que l'anatomie nous montre, et le milieu nutritif, qui est plus souvent médiat ou placé à distance. On voit par là que la nutrition des éléments n'est pas sous la dépendance exclusive du milieu anatomique, mais qu'elle est plutôt subordonnée à l'état du sang, milieu nutritif commun, et à l'état non moins influent de tous les intermédiaires que la nourriture doit traverser.

A l'état normal, la constitution anatomique des milieux élémentaires est invariable, les éléments occupant une situation déterminée et affectant des rapports constants. Il n'y a d'exception que pour l'ovule et le zoosperme.

Au point de vue chimique, au contraire, les éléments et leurs milieux subissent des modifications régies par l'évolution organique naturelle, et le double mouvement de composition et de décomposition de la matière vivante. Ces modifications sont prévues et nécessaires, elles s'effectuent dans un sens et des limites connus et constituent les oscillations mésologiques normales. Leur étude rentre dans la physiologie générale.

Mais on observe aussi d'autres changements accidentels normaux, qui sont du ressort de la pathologie et constituent une branche distincte de la science des milieux, la *Mésologie histologique morbide.*

Ces changements sont de deux ordres.

1° Situation anormale des éléments, désignée sous les noms significatifs d'ectopie, d'hétérotopie.

2° Altération chimique des éléments ou des milieux, survenue spontanément ou par contamination, empoisonnement par mélange avec des substances nuisibles venues du dehors ou développées sur place.

Dans les deux cas, il y a pour l'élément anatomique, placé fortuitement dans un milieu nouveau, normal ou altéré, un contact inaccoutumé, une perversion des actes physiologiques.

A. L'hétérotopie d'un élément, quelle qu'en soit la cause, migration ou genèse sur place, fait de cet élément un corps étranger, et crée pour lui et pour le milieu qu'il vient d'envahir, des conditions anormales, entraînant des conséquences variables : pour l'élément, acclimatation, disparition lente (nécrobiose) ou disparition brusque par élimination ; pour le milieu, l'envahissement, la tolérance ou la réaction inflammatoire. En d'autres termes, l'élément intrus se naturalise et prolifère, ou s'éteint par disette, lentement, sans descendance, ou enfin se voit brusquement expulsé.

Le milieu envahi adopte, nourrit ou supporte seulement, ou affame, ou enfin anéantit le parasite, non sans être, dans cette lutte, plus ou moins profondément modifié.

B. Tout changement chimique survenant dans l'élément ou le milieu en dehors des époques, des proportions ou des qualités reconnues par la physiologie normale, retentit fatalement sur l'élément par le milieu, et sur le milieu par l'élément.

L'élément anatomique altéré empoisonne son milieu, ou du moins modifie plus ou moins profondément ses propriétés organoleptiques. Réciproquement, le milieu contaminé empoisonne l'élément, ou du moins ne lui fournit plus que des matériaux de nutrition impurs ou insuffisants.

Ces conséquences existent non seulement pour ce que nous avons appelé plus haut les milieux anatomiques immédiats, mais aussi pour les milieux médiats, et en particulier pour le sang, grand milieu nutritif commun. Les altérations de ce fluide agissent également sur la paroi interne des vaisseaux et sur les tissus plus ou moins distants.

En vain, des barrières s'interposent entre tel élément et la masse du sang : l'échange funeste ne s'accomplit pas moins et dans un double sens, c'est-à-dire du sang adultéré à l'élément sain, de l'élément décomposé au sang jusque-là normal.

L'étude attentive et patiente de la mésologie histologique morbide nous paraît propre à éclairer un grand nombre de points de la pathogénie. Je citerai comme exemple la théorie des corps étrangers inorganiques ou organiques, la genèse et la généralisation des néoplasmes, l'atrophie et l'hypertrophie en général, les processus emboliques, la coagulation du sang, la classe si importante des toxémies, etc. J'en ai tiré, pour ma part, grand parti pour étudier la succession si compliquée des actes qui constituent l'évolution des lésions traumatiques.

La diérèse violente qui caractérise essentiellement ce genre de lésion a pour conséquence inévitable de créer, pour les éléments

séparés, des contacts anormaux plus ou moins nuisibles. Le sang, la lymphe, les sécrétions sortent de leurs vaisseaux et de leurs réservoirs en cas de lésions profondes, vont baigner les parois du foyer traumatique, et les éléments divers, muscles, nerfs, os, tissu conjonctif, qui en font partie. Dans les lésions exposées, ces fluides en contact avec l'air, s'altèrent promptement et prennent bien vite des propriétés toxiques. L'air le plus pur, en rapport immédiat avec tout autre élément que l'épiderme et certains épithéliums, mortifie cet élément et fait naître à la surface du foyer une substance nouvelle, la matière septique[1]; ce produit de décomposition engendre un nouveau contact plus anormal et plus nuisible que celui de l'air, et qui a la propriété de provoquer l'inflammation, puis la suppuration. Le pus à son tour baigne les surfaces de la blessure, et agit sur elles d'une manière différente. On voit donc le milieu traumatique changer plusieurs fois dans le cours de la cicatrisation, ce qui permet de comprendre une influence particulière de ces divers contacts sur les éléments mis à nu par le fait de la blessure.

On sait avec quelle ardeur les chirurgiens modernes étudient l'hygiène hospitalière, et quelle importance ils attachent à placer les opérés et les blessés dans un milieu extérieur salubre. Ils doivent apporter les mêmes préoccupations dans le traitement topique ou local des blessures. En effet, à la surface de celles-ci, les éléments anatomiques se trouvent subitement exposés à des contacts, le plus souvent délétères, et l'art compliqué des pansements doit tendre surtout à rendre ces contacts aussi peu nuisibles que possible, en modifiant la composition du milieu circonscrit, créé au niveau de la plaie.

De son côté la thérapeutique, régime et médicaments, a pour mission d'empêcher ou de combattre l'altération du milieu nutritif interne, altération imminente et toujours redoutable, qui résulterait du mélange avec le sang des matières septiques, provenant du milieu extérieur ou du foyer traumatique.

Toutes ces indications peuvent se résumer en quelques mots : purification du milieu extérieur par l'hygiène, du milieu intérieur par la thérapeutique, du milieu local ou traumatique par les pansements.

Les applications de la Mésologie à l'art chirurgical sont nombreuses : je serais heureux d'en avoir fait entrevoir l'importance.

1. Il ne faut pas oublier que ces propositions ont été formulées en 1871, époque à laquelle la théorie parasitaire de la septicémie n'était point encore établie solidement. Nous savons aujourd'hui que l'air, chimiquement et physiquement pur, ne saurait engendrer les produits septiques. — On verra plus loin, dans la thèse de M. Mascarel, écrite en 1872, que je tenais déjà grand compte des recherches nouvelles de MM. Pasteur et Tyndall.

NOTE SUR UN POINT DE TRAUMATOLOGIE

DE L'EXPOSITION DES ÉLÉMENTS ANATOMIQUES BLESSÉS A DES CONTACTS ANORMAUX CHANGEMENTS MÉSOLOGIQUES DE CES ÉLÉMENTS [1]

Je me propose, dans la présente note, d'étudier un des phénomènes principaux du processus traumatique, qui, malgré sa fréquence extrême et son importance considérable, n'a encore été ni décrit à part ni même dénommé [2].

Conséquence immédiate de l'établissement du foyer traumatique, il provoque à son tour au sein de ce dernier des phénomènes variés qui régissent la marche et la terminaison de la blessure et qu'il est difficile de prévoir, de comprendre et d'expliquer, si l'on ne connaît pas exactement leur origine première.

Le phénomène en question, ai-je dit, n'a pas reçu de nom spécial; j'ajoute que je serais moi-même assez embarrassé pour lui en donner un à la fois court et clair.

A défaut de définition, je dirai du moins ce que je me propose de mettre en lumière.

1. Communication faite au congrès de Nantes en 1875. — Voir le compte rendu de la session, p. 1007.

2. Le processus traumatique normal est la série des actes ou phénomènes anatomiques, physiologiques ou pathologiques qui se montrent depuis l'origine jusqu'à la terminaison d'un *trauma*. Ces actes nombreux et variés se présentent dans un ordre régulier et à des époques déterminées, de sorte que leur succession constitue l'évolution naturelle de ce trauma.

Si compliquée que paraisse et que soit en réalité cette évolution, elle devient facile à suivre et à comprendre, si on part de la proposition suivante :

Du premier au dernier, chacun des actes successifs a pour origine celui qui le précède et pour conséquence celui ou ceux qui le suivent — en d'autres termes, un acte quelconque de la série, d'abord *effet*, ne manque point de devenir *cause* à son tour.

Le processus traumatique ne correspond pas exactement à ce que l'on nomme processus ou travail réparateur, car il comprend des actes destructeurs, qui cependant sont normaux. Évidemment le sens du premier terme est plus large. Je donnerai quelque jour des développements suffisants à ces propositions, qui jettent beaucoup de clarté sur l'étude de la traumatologie.

Je veux prouver que, dans les lésions traumatiques :

1° Le foyer aussitôt formé est inévitablement soumis au contact anormal de corps étrangers divers;

2° Que ces corps étrangers agissent d'une manière plus ou moins active sur les éléments anatomiques qui constituent les parois du foyer;

3° Que, réciproquement, dans un grand nombre de cas, les éléments anatomiques réagissent sur les corps étrangers susdits;

4° Que de ces actions réciproques résultent des phénomènes nouveaux qui marquent le début du travail réparateur ou préparent l'invasion des accidents qui compliquent les blessures.

Ces propositions, quoique suffisamment explicites, peuvent encore être condensées dans la phrase suivante :

Dans toute lésion traumatique, les éléments anatomiques blessés sont exposés au contact anormal de corps étrangers et aux conséquences de ce contact.

Pour rendre tout ceci intelligible, il faut rappeler brièvement certains faits.

On sait comment naît le *trauma* [1].

Une violence portant sur un point de l'organisme sépare brusquement les éléments anatomiques normalement réunis. En d'autres termes, l'application de la violence, *acte premier*, effectue la diérèse, *acte second*. Cette diérèse ou solution de continuité, à son tour, entraîne à sa suite la formation au point blessé d'une région nouvelle, accidentelle, à laquelle on donne le nom de foyer traumatique. Cette formation constitue le *troisième acte* du processus.

Le foyer traumatique peut être défini : *un espace virtuel ou réel compris entre les éléments séparés par la violence et répondant à la ligne de séparation.*

Je dis cet espace *virtuel* quand les éléments ou tronçons d'éléments, quoique disjoints, restent encore en contact et ne s'abandonnent point — *réel*, au contraire, quand il y a à la fois solution de continuité et de contiguité, production d'un écartement, d'un intervalle mesurable.

1. Je suis très disposé à adopter ce nouveau terme, emprunté directement à la langue grecque et dont certains auteurs font déjà usage. Plus bref que « lésion traumatique », il entre plus facilement en composition; il est pour cette dernière raison préférable également à « blessure. » Je ne sais pas d'ailleurs pourquoi il n'est pas usité, car il sert depuis longtemps de radical au terme excellent de *traumatologie*, anciennement employé et qui est bien injustement tombé en désuétude. — A. V. — Août 1875.

L'espace virtuel peut devenir réel (écartement consécutif) ou réciproquement (rapprochement consécutif); le changement peut se faire rapidement ou lentement, peu de temps ou longtemps après la blessure; être spontané ou provoqué par l'art; être temporaire ou définitif; résulter de la violence elle-même, de l'action du corps vulnérant, de la mise en jeu des propriétés de tissu, élasticité, contractilité, etc. Je laisse de côté pour le moment tous ces détails.

La formation du foyer traumatique réel a pour conséquence un *acte quatrième*, qui consiste essentiellement en *un changement de rapports des éléments anatomiques disjoints.*

Expliquons brièvement la chose :

Les éléments anatomiques sont généralement réunis les uns aux autres par une matière unissante anhiste, amorphe, plus ou moins résistante, dite suivant les cas : intercellulaire, interfibrillaire, intertubulaire, etc.; de plus, ils sont souvent contenus en nombre grand ou petit dans des gaînes, des capsules ou des canaux.

Les uns, arrondis, aplatis, polyédriques, etc., ont la forme de cellules; les autres présentent une certaine longueur, par suite de la prédominance d'une de leurs dimensions sur les deux autres.

La violence détruit la matière unissante, déchire les enveloppes contentives, disjoint les cellules, dissocie les faisceaux, ou enfin rompt dans leur continuité les fibres ou les tubes.

Dans tous ces cas la séparation change les rapports statiques des parties diérésées et permet le contact accidentel de ces parties avec des corps nouveaux qui s'insinuent dans leur intervalle et tendent à le remplir [1].

Je ne m'arrêterai pas aux changements du premier genre, c'est-à-dire aux déplacements que subissent les cellules disjointes, les bords déchirés des enveloppes et les tronçons des éléments à forme allongée. Tout cela est plus ou moins bien traité dans les classiques, au paragraphe de l'*écartement en général;* je concentrerai mon attention

1. Je passe sous silence et à dessein le cas où les éléments anatomiques, quoique contigus, sont les uns par rapport aux autres dans un état de liberté absolue, ce qui s'observe pour les éléments figurés de nos humeurs, pour les fibres élastiques et les faisceaux entrelacés du tissu conjonctif lâche, pour les surfaces opposées de certaines cavités normales.

L'indépendance naturelle de ces éléments permet leur changement de rapports physiques et de contact, leur écartement, la formation d'un espace mesurable, et la pénétration dans cet espace de substances diverses; mais le tout étant possible sans diérèse préalable, ces faits ne rentrent pas dans le cadre de la traumatologie; c'est pourquoi je ne veux pas y insister.

sur les changements de contact, qui font spécialement l'objet du présent travail.

Démontrons d'abord que tous les foyers traumatiques sont en contact avec des corps étrangers.

Il est de toute évidence qu'une cavité, se formant dans un corps solide par l'écartement de ses molécules, est instantanément remplie par les corps ambiants. Les choses ne se passent pas autrement dans notre organisme, mais plusieurs cas se présentent :

A. Un agent vulnérant venu du dehors creuse lui-même la cavité et y reste, comme le clou dans la planche.

B. L'agent susdit ne fait dans nos tissus qu'un séjour temporaire, mais à peine sorti, il est remplacé par d'autres corps, fluides ou solides, appartenant au monde extérieur ou provenant de l'organisme lui-même.

C. Pendant son séjour passager ou prolongé, l'agent vulnérant peut abandonner dans la plaie : une partie de lui-même, certaines matières auxquelles il servait de véhicule on de support (plaies contaminées ou empoisonnées), certains produits résultant de l'action physique ou chimique qu'il exerce sur nos tissus (plaies contuses, plaies avec eschare), certains produits encore dérivant de l'action réciproque que nos tissus exercent sur lui. Dans tous ces cas, où la diérèse est directement effectuée par un agent venu du dehors, et pour les blessures en libre communication avec le monde extérieur, le contact du foyer traumatique avec les corps étrangers est indéniable.

D. J'en puis dire autant des traumas à siège plus profond, en communication médiate avec le dehors, intéressant par exemple les cavités muqueuses rapprochées des orifices naturels (cavités faciales, larynx, pharynx, vagin, vessie, rectum, etc.). Si, dans ces cas, l'agent vulnérant ne séjourne pas, il est remplacé par l'air atmosphérique, par les produits de sécrétion des muqueuses, enfin par les divers ingesta et excreta qui traversent continuellement les cavités susdites et auxquels on ne saurait refuser la qualité de corps étrangers.

E. La difficulté commence réellement aux cas où la diérèse s'est effectuée dans la profondeur de nos organes sans le concours direct d'un agent vulnérant venu du dehors, ou en un point distant du lieu où cet agent vulnérant a touché nos tissus. Je fais allusion aux contusions, aux blessures par contre-coup, aux déchirures ou ruptures produites par les actions physiologiques exagérées.

Ici comme toujours la cavité traumatique admet les corps am-

biants; mais ceux-ci sont vivants, ils appartiennent à l'organisme, et à ce titre n'ont jamais été considérés comme étrangers. Or, je dis qu'ils le sont, et que ma proposition n'est paradoxale qu'en apparence.

Personne d'abord ne refusera la qualité de corps étrangers aux produits de sécrétion et d'excrétion. Mises à part les fèces, sur lesquelles il n'y a pas de discussion possible, la salive, la bile, l'urine, le sperme, les larmes, etc., font, il est vrai, partie de l'organisme; ils en sortent et peuvent même y rentrer par absorption, c'est-à-dire à la manière des ingesta ordinaires, mais nulle part on ne les trouve complets, si ce n'est dans leurs canaux et réservoirs, jamais ils ne pénètrent en nature dans les interstices organiques d'un sujet sain, et quand ils pénètrent dans un foyer traumatique ils s'y comportent comme de véritables corps étrangers, ce que, je pense, nul ne contestera. Restent donc les sérosités, la graisse, les liquides nourriciers, sang et lymphe, enfin les éléments anatomiques solides qui, par suite de leurs déplacements ou de la destruction de leurs gaînes protectrices, arrivent fortuitement en contact inaccoutumé. Ceux-ci constituent-ils les uns pour les autres des corps étrangers, et leur contact réciproque doit-il être considéré comme anormal?

Il suffit, ce me semble, de poser la question pour la résoudre, mais je crois bon cependant d'entrer dans quelques détails sur ce point capital.

J'ai établi dans une courte note sur la mésologie histologique[1] que les éléments anatomiques, véritables êtres organisés, complets malgré leur petit volume, possèdent un milieu propre, particulier, spécial pour chaque espèce; — que ce milieu, nécessaire, indispensable même à leur vie normale, se compose d'un nombre plus ou moins considérable d'autres éléments similaires ou dissimilaires; que, par exemple, le globule sanguin a pour milieu le plasma du sang, et qu'il s'y trouve en compagnie avec les leucocytes et les cellules de l'endothélium vasculaire; — que le médullocelle a pour milieu la moelle composée de graisse, de matière amorphe, de vaisseaux, etc.; — que le tube nerveux primitif a pour milieu le périnèvre et les autres tubes renfermés dans la même gaîne; — que le cristallin a pour milieu exclusif la capsule anhiste qui l'entoure, etc.

J'ai insisté dans le même article sur ce fait important que, dans l'état physiologique, aucun élément n'est et ne doit jamais être en rapport qu'avec les corps solides, liquides ou gazeux qui constituent

1. Voir plus haut page 79.

son milieu normal ; que, par exemple, les cellules épithéliales de la vessie ne doivent être jamais en contact qu'avec l'urine par une de leurs faces et avec le derme de la muqueuse vésicale par l'autre ; — que le globule sanguin ne doit jamais sortir de ses vaisseaux ; — que les espaces conjonctifs ne doivent jamais renfermer une seule parcelle d'un produit quelconque de sécrétion, ni une bulle d'air atmosphérique, ni une gouttelette d'huile, ni un corpuscule de lymphe, ni une hématie, ni un leucocyte.

Et, comme corollaire, j'ai affirmé l'existence d'un état pathologique toutes les fois qu'on trouvait un élément anatomique hors de son milieu, ou qu'on constatait dans un milieu histologique l'apparition d'un corps solide, liquide ou gazeux, étranger à sa composition normale.

Si on daigne me dispenser de fournir la preuve de toutes ces propositions, ce qui, d'ailleurs, serait très facile, je vais en faire l'application immédiate à l'étude des traumas.

Il est impossible de concevoir une solution de continuité, quelle qu'elle soit, portant sur une région quelconque de l'économie, sans qu'il en résulte un changement de milieu pour les éléments qui limitent le foyer traumatique.

Enlevez par abrasion une mince lamelle d'épiderme stratifié, vous exposez prématurément les jeunes cellules du corps de Malpighi au contact de l'atmosphère qu'elles ne devaient subir que plus tard, à leur période de sénilité. Que l'abrasion aille jusqu'au derme sans l'intéresser, vous privez de leur protection naturelle, vous exposez encore à un contact inaccoutumé les extrémités terminales des nerfs sensitifs.

Une seule fibre conjonctive est rompue dans la profondeur, ses deux bouts s'écartent, et les deux surfaces de section se trouvent aussitôt baignées par la vapeur séreuse qui flotte dans les espaces du tissu lamineux. Il se passe là, en petit, la série des phénomènes que l'on observe à la suite de la rupture d'un tendon plus volumineux, avec cette seule différence que, dans ce dernier cas, la vapeur séreuse est remplacée parfois par un mélange de synovie et de sang.

Si la rupture porte sur un tube nerveux ou que celui-ci soit divisé par l'instrument le plus acéré, aussitôt sont mis à nu dans le foyer les deux bouts du cylinder axis, si bien protégé d'ordinaire.

Faites par tiraillement, pression forte ou application d'une fine ligature, une solution de continuité, si minime qu'elle soit, à la face profonde d'un vaisseau : la tunique interne est éraillée ; il en résulte

aussitôt en ce point un changement de milieu et pour la tunique moyenne mise à nu et pour le sang qui, par suite de ce contact anormal, ne tarde pas à se coaguler.

Même résultat si le vaisseau gros ou petit est entièrement rompu; le sang s'échappe au dehors, dans les cavités naturelles, dans les interstices ou les parenchymes suivant les cas; alors tout ce qu'il touche dans sa migration engendre pour lui un contact anormal qui provoque encore sa coagulation. Réciproquement, il joue, par rapport à tous les tissus qu'il baigne, le rôle de corps étranger.

Analysez la constitution anatomique d'un foyer traumatique quelconque, et vous constaterez sans peine l'invariabilité du fait que j'avance.

Je crois inutile de multiplier les exemples, mais je prévois deux objections :

1° On me reprochera d'abord d'étendre démesurément le sens du mot *corps étranger*, qui, dans le langage médical usuel, s'applique seulement à des corps le plus souvent inorganisés venus du dehors, n'ayant jamais appartenu à notre économie, ou dans le cas contraire provenant de ses déchets (concrétions, calculs), ou de ses mortifications partielles (nécrose ou nécrobiose).

A quoi je réponds que cette acception est évidemment trop restreinte et qu'il faut donner du terme en question une définition plus complète, plus large et plus claire.

Le monde extérieur, en effet, nous prête une foule de substances inorganiques, de véritables corps bruts qui entrent cependant dans la composition de nos solides, de nos humeurs, et en font partie intégrante, au moins temporairement.

Pendant qu'ils sont à l'état de combinaison organique régulière et confinés aux lieux et places que la chimie anatomique leur assigne, ils ne sont point à coup sûr corps étrangers; mais en serait-il de même si, pris dans les bocaux d'un laboratoire, ils étaient introduits par effraction dans nos tissus?

L'eau, l'air atmosphérique, sont dans le même cas; ce dernier ne constitue pas un contact anormal pour notre épiderme et quelques-uns de nos épithéliums, il remplit physiologiquement nos vésicules pulmonaires et plusieurs cavités osseuses profondes; il pénètre normalement dans le système vasculaire, se dissout dans le sang et circule avec lui; donc ce n'est point un corps étranger.

Et pourtant ne le devient-il pas pour la surface des plaies, dans l'emphysème traumatique, et quand au cours d'une opération chirurgicale il s'introduit dans les veines?

Même remarque pour nos humeurs et pour nos tissus normaux. La bile et l'urine sont naturellement situées dans leurs réservoirs et canaux; mais dans le système vasculaire, dans le tissu conjonctif, dans la cavité péritonéale ne sont-ils pas corps étrangers? N'en peut-on pas dire autant du sang épanché dans les ventricules cérébraux, du cristallin dans la chambre antérieure, de l'esquille osseuse qui laboure la pulpe cérébrale ou du fragment aigu d'un fémur fracturé qui lacère les muscles voisins?

Il ressort de tout ceci qu'il faut résolument s'affranchir des entraves du langage convenu et donner au mot corps étranger un sens beaucoup plus vaste.

Pour moi, ainsi qu'un homme devient un étranger dès qu'il a franchi le seuil d'une demeure qui n'est pas la sienne, ou cette ligne fictive qu'on appelle frontière, je propose, en pathologie, de réputer étranger tout corps venu du dehors et pénétrant en des points de notre organisme qui lui sont physiologiquement interdits, et aussi tout principe immédiat, élément anatomique, tissu ou organe en état d'ectopie, c'est-à-dire ayant quitté sa place pour pénétrer en intrus dans un milieu organique qui n'est pas le sien.

2° Le second reproche porterait encore sur une question de mots, sur une nouvelle atteinte au langage classique. On sait que depuis John Hunter toutes les lésions traumatiques sont réparties en deux classes, suivant qu'elles sont soustraites ou exposées au contact de l'air, d'où le nom de *plaies exposées* donné par abréviation à celles qui communiquent avec l'extérieur.

Si, comme je l'affirme, *l'exposition*, non pas seulement à l'air mais aux corps étrangers en général, devient un caractère commun à tous les traumas, elle ne peut plus servir à qualifier exclusivement certains d'entre eux. Donc, il faut ou ne plus parler des plaies exposées comme variété distincte, ou admettre autant de genres d'expositions qu'il y a de corps étrangers capables de se mettre en contact avec le foyer des plaies.

Mieux vaut, suivant moi, renoncer à une épithète usuelle que de lui donner une extension qui lui ôte toute signification spéciale et précise[1].

1. Depuis bien longtemps, dans mes cours et plus récemment dans la thèse de M. Mascarel, qu'on lira plus loin, j'ai combattu la classification dichotomique de Hunter et celles qui en sont dérivées. Aux deux classes j'en ai substitué trois, et j'ai décrit des *lésions interstitielles*, des *lésions cavitaires* et des *lésions ouvertes à l'extérieur*. Le genre d'exposition et la nature des contacts anormaux varient pour chacune d'elles.

Le foyer des premières ne contient que des fluides nourriciers et les éléments anatomiques déplacés.

Mais revenons à l'histoire générale des contacts anormaux; non seulement ils existent dans toutes les blessures, mais encore dans la grande majorité des cas ils y sont à la fois multiples et changeants, proposition assez importante pour être péremptoirement établie.

On peut certainement concevoir un trauma assez simple pour que son foyer, constitué par un seul élément ou par des éléments similaires, ne donne accès qu'à une seule substance étrangère; c'est ce qui arriverait pour la rupture d'*une seule* fibre élastique ou conjonctive, pour la pénétration d'un parasite dans l'épaisseur de l'épiderme stratifié, pour la déchirure d'une valvule veineuse ou d'un tendon filiforme du cœur, en un mot pour ces lésions microscopiques ou quasi telles qui passent facilement inaperçues.

Mais dans les blessures dont le chirurgien s'occupe tous les jours, les choses se compliquent, et la multiplicité des contacts résulte à la fois du nombre plus ou moins grand des corps étrangers pénétrant dans le foyer et du nombre également considérable d'éléments anatomiques qui constituent ce même foyer. Citons un exemple :

Soit une plaie intéressant toute l'épaisseur de la peau. Le foyer renfermera d'abord l'air atmosphérique et les particules qui peuvent y flotter, puis du sang, de la lymphe, de la graisse liquide.

Sa paroi ne sera pas moins hétérogène, car nous y trouverons, divisés ou dénudés, l'épiderme, le corps papillaire, le derme avec ses glandes sébacées, ses follicules pileux, le tissu conjonctif avec ses glomérules sudoripares, ses vésicules adipeuses, ses colonnes

Dans celui des secondes on trouve en plus des excreta et des secreta divers. Enfin dans celui des troisièmes, on constate par surcroît l'air atmosphérique et les corps empruntés au milieu extérieur.

Le pronostic pourrait facilement tirer parti de ces données.

Si l'on m'adresse les deux reproches précédents, il faudra bien en revanche me rendre une justice : c'est que je rétablis la limite des lésions traumatiques, une des classes les plus naturelles de la nosographie, une de celles qui se prêtent le mieux à la synthèse.

Je les dote en effet d'un caractère constant, aussi invariable que leur caractère étiologique et leur caractère anatomique; alors disparaissent ces distinctions basées sur le siège, sur le contact avec l'air atmosphérique, sur le pronostic. J'accorde qu'une plaie dite sous-cutanée et une plaie ouverte ne se comportent pas exactement de la même manière et qu'à partir d'un certain moment de leur durée elles évoluent différemment. J'accorde qu'à étendue égale les premières sont plus bénignes que les secondes, que le mode de terminaison est un peu autre, mais je trouve que la séparation a été trop profondément tracée et qu'on s'est beaucoup trop attaché aux différences en négligeant les analogies. C'est mon droit et mon devoir de rendre à ces analogies leur valeur dans le parallèle.

Par quoi les lésions traumatiques se ressemblent, serait une belle question à traiter; le présent travail lui servirait de base.

fibreuses, puis enfin des nerfs, des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Notons en passant que, si la plaie a été faite par un instrument tranchant, tous les éléments susdits ont été momentanément soumis au contact du fer. Celui-ci passé, aussitôt se sont produits l'affluence des corps étrangers multiples précités, et leur contact avec les éléments anatomiques nombreux que je viens d'énumérer, d'où cette conclusion que : *Les contacts anormaux sont d'emblée et simultanément multiples.*

Au point de vue pratique, il est fort important de dresser en partie double, et pour chaque blessure en particulier, la liste complète de ces contacts; en d'autres termes, de faire entrer dans le diagnostic anatomique de la lésion *tous* les éléments lésés et *tous* les corps étrangers mis en rapport immédiat avec eux, car des uns et des autres va dépendre la marche ultérieure de la blessure, marche si utile à prévoir.

L'omission d'un seul terme de l'équation peut conduire à des erreurs graves; supposons, en effet, l'agent vulnérant contaminé, c'est-à-dire imprégné d'une manière virulente qu'il abandonne en passant dans la plaie; ignorant ce détail, nous ne plaçons pas dans notre liste le toxique en question, et nous sommes dans la suite désagréablement surpris d'une évolution que nous n'avions pas soupçonnée et qu'il devient souvent impossible d'entraver.

Les contacts anormaux ne sont pas seulement multiples, ils sont encore *changeants;* on peut s'en convaincre, en examinant la plaie dont nous parlions plus haut vingt-quatre heures après sa production : on constatera sans peine des changements considérables et dans les corps étrangers qui remplissent le foyer et dans la constitution anatomique de ce dernier.

Le sang, s'il en existe encore, est coagulé; le plus souvent il est remplacé par un fluide appelé lymphe plastique, qui provient peut-être du bout périphérique des vaisseaux lymphatiques non encore oblitéré ou de la transsudation du sérum sanguin à travers les parois capillaires, mais qui, dans tous les cas, est loin d'être homogène, car le microscope y découvre des hématies, des leucocytes en quantité considérable, des gouttelettes d'huile, des granulations moléculaires, sans préjudice de corps étrangers divers, apportés par l'atmosphère. Ce n'est pas tout encore : à peine les premiers fluides affluent-ils dans le foyer, que l'air s'y mélange, commence à les métamorphoser, d'où la présence d'un produit nouveau, innommé, encore mal connu chimiquement, n'apparte-

nant d'une manière normale ni au monde intérieur, ni à l'organisme, et que nous ne connaissons guère jusqu'ici et depuis peu de temps, que par ses propriétés délétères ; celle entre autres qui consiste à provoquer l'inflammation des tissus exposés à son contact inaccoutumé. C'est à cet agent que nous avons donné jadis le nom de *virus traumatique*, sans nous prononcer sur sa nature réelle.

Les parois du foyer ne sont pas moins transformées. Les vaisseaux sanguins sont clos, souvent obturés dans une certaine longueur par un caillot; d'où l'ischémie d'une couche plus ou moins épaisse des tissus qui limitent immédiatement la cavité traumatique ; — d'où encore la mortification déjà réalisée ou prochaine d'une partie plus ou moins considérable de cette couche ischémiée, — d'où enfin la naissance d'une eschare, produit nouveau putride ou putrescible, source d'un contact anormal pour les tissus voisins et agissant sur eux, soit à titre de tissu mort, soit parce qu'il est imbibé de virus traumatique.

Les autres éléments anatomiques divisés ou mis à nu par la diérèse changent aussi. Les bouts nerveux s'étranglent et s'épanouissent, les vésicules adipeuses se rompent par dissolution de leur membrane d'enveloppe, les éléments cellulaires, épiderme, épithéliums, corpuscules du tissu conjonctif, se tuméfient; les unes se désagrégent, les autres se multiplient rapidement de façon à combler les interstices béants et à se substituer à tous les autres éléments de la paroi. En un mot, la métamorphose s'empare parallèlement des corps étrangers primitifs et des parois du foyer traumatique, et engendre sans cesse de nouveaux contacts anormaux.

Renouvelé à diverses époques, et pratiqué suivant les mêmes règles, l'examen de la blessure montre encore de nouvelles métamorphoses; d'où cette conclusion que : *Les contacts anormaux changent continuellement pendant la durée tout entière du processus traumatique.* Naturellement ces changements ont des causes, mais je ne pourrais les indiquer sans avoir étudié préalablement les effets généraux des corps étrangers sur les éléments lésés et la réaction réciproque de ces derniers. Croyez-moi provisoirement quand j'affirme que tout s'explique à merveille et que chaque métamorphose est la conséquence nécessaire et inévitable des contacts anormaux primitifs et successifs.

J'ai quelques remarques à ajouter sur *la durée des contacts anormaux*. Ceux-ci, étant changeants, doivent être passagers, et les corps étrangers se modifiant sans cesse, ne sauraient faire dans le foyer traumatique qu'un séjour temporaire : voilà ce que la théorie indique

d'une façon générale. Mais l'observation nous montre les choses sous un aspect moins simple et la durée des contacts infiniment variable. Parfois le corps étranger ne fait que toucher nos tissus et les abandonne aussitôt, parfois il y séjourne pendant des jours et des semaines, parfois enfin il ne les quitte plus, dussions-nous vivre cent ans. Le projectile qui traverse un membre avec la rapidité de l'éclair, la suture, la ligature, qui se détachent du huitième au quinzième jour, les grains de poudre et les corps chimiques du tatouage nous représentent des types bien nets de ces variations.

Les intermédiaires entre une seconde et la durée totale de la vie sont nombreux; mais pour les besoins de la cause, il suffit d'admettre des contacts *instantanés, courts, prolongés et indéfinis.* La durée du séjour d'un corps étranger varie suivant un grand nombre de circonstances, parmi lesquelles il faut placer au premier rang l'altérabilité ou la non altérabilité de ce corps, la faculté qu'il possède de se renouveler, et enfin la réaction qu'il provoque de la part des tissus vivants.

Nous ne pouvons traiter ici d'une façon même sommaire cette vaste question; aussi nous bornerons-nous à en indiquer quelques points.

Le même corps étranger peut, suivant les cas, séjourner quelques secondes ou des années entières. Le projectile déjà cité en est un exemple, les éléments anatomiques en état d'ectopie sont parfois dans ce même cas.

Dans les plaies ouvertes, plusieurs corps étrangers baignent à la fois les parois du foyer; les uns disparaissent promptement, tels le sang, la lymphe; un autre persiste jusqu'à la fermeture complète de la brèche, c'est l'air atmosphérique. Dans cette même plaie, le pus apparaît après un certain temps, mais une fois formé il persiste indéfiniment jusqu'à l'occlusion plus ou moins retardée de la blessure.

L'action du contact anormal varie beaucoup, suivant la durée plus ou moins longue du séjour. Les contacts les plus manifestement nuisibles, lorsqu'ils sont prolongés, sont au contraire parfaitement innocents s'ils sont courts et surtout instantanés.

La réaction locale, provoquée par le contact anormal, offre tous les degrés et toutes les formes imaginables : violente ou nulle, soudaine ou lente, passagère ou durable, protectrice ou dévastatrice, etc.

C'est seulement en traitant des effets des contacts anormaux qu'on pourrait signaler toutes ces différences et en donner l'explication.

[On remarquera peut-être avec quelque étonnement que j'aie parlé si peu dans les pages précédentes des germes flottants dans l'atmosphère.

Évidemment, si j'écrivais aujourd'hui ce chapitre sur les contacts anormaux, je m'étendrais bien davantage sur les effets produits par les microbes dans les foyers traumatiques externes, cavitaires ou interstitiels. Mais en 1875, ces questions étaient encore bien vagues, et je me suis toujours imposé la règle, dans mes travaux, de ne tenir compte des nouveautés que quand elles sont sorties des limbes.

J'ai fait depuis des professions de foi assez radicales pour montrer que si je suis prudent dans la phase hypothétique des idées nouvelles, je n'hésite point à les adopter et à les vulgariser quand elles ont pris corps. — A. V. oct. 1883.]

CONSIDÉRATIONS

SUR LE SIÈGE DES LÉSIONS TRAUMATIQUES

PROPOSITION D'UNE CLASSIFICATION NOUVELLE

par le Dr René Mascarel [1].

Les lésions traumatiques peuvent atteindre indistinctement toutes les régions superficielles ou profondes du corps, et, dans ces régions, tous les organes et tous les tissus qui s'y rencontrent; elles présentent partout leurs caractères fondamentaux, mais entraînent des conséquences très différentes suivant le siège qu'elles occupent. On a donc, à juste raison, établi des divisions basées sur ce siège.

Les anciens chirurgiens, ayant surtout remarqué l'influence généralement nocive de l'air sur les plaies, avaient déjà distingué celles qui, par le fait de leur position superficielle ou profonde, sont exposées ou soustraites à ce contact.

A la fin du XVIIIe siècle, John Hunter formula nettement cette distinction et admit deux espèces de plaies : 1° celles qui mettent en contact les parties internes avec l'air atmosphérique, ou *plaies exposées;* telles par exemple les fractures compliquées; 2° celles où n'existe aucune communication entre ces parties internes et l'extérieur; contusions, entorses, ruptures tendineuses, fractures simples, etc.

Après avoir ainsi préparé une classification basée sur l'existence ou l'absence du contact avec l'atmosphère, Hunter décrivit le mode d'évolution que présente chacun des deux genres de plaie.

1. *Thèse inaugurale*, 26 janvier 1872.

Cette thèse a été faite d'après les leçons de mon cours de 1871. J'en abrège considérablement la première partie, qui ne renferme rien d'original, n'étant qu'un exposé de la question tel qu'il devait être fait pour un cours public, mais non dans le but d'être reproduit. — A. V.

« Lorsque la plaie ne sera pas exposée, dit-il, elle guérira promptement et sans accident; la cicatrisation se fera par première intention, à moins toutefois que l'irritation causée par l'accident ne donne naissance à une autre irritation des parties, et, comme conséquence, à l'inflammation qui se termine, soit par l'adhérence des parties divisées, soit par une suppuration qui a pour but d'éliminer les matières qui agissent comme corps étranger. L'accident le plus simple peut être en effet accompagné de circonstances telles, que les procédés curatifs les plus élémentaires de la nature ne puissent s'effectuer. Ainsi, par exemple, le vaisseau rompu peut avoir un calibre considérable; d'autres fois la simple rupture d'un petit vaisseau, s'il vient à siéger dans le cerveau, peut donner lieu à une extravasation de sang suffisante pour entraîner la mort. »

Mais, si la plaie est exposée au contact de l'air, son mode de cicatrisation sera tout autre. Cette plaie peut être simple ou compliquée. Quand elle est simple, telle par exemple une solution de continuité de la peau faite avec un instrument tranchant, la réunion se fait par première intention. Dans les cas plus compliqués où ce mode de réunion ne peut être obtenu, la nature emploie, pour arriver à la cicatrisation, d'autres moyens, tels que l'inflammation adhésive ou l'inflammation suppurative.

L'illustre chirurgien ne s'en tient pas là. Il formule nettement le précepte de transformer, toutes les fois qu'il sera possible, une plaie exposée en plaie non exposée, de soustraire en un mot la plaie au contact de l'air.

Cette division dichotomique fut bientôt acceptée, et l'on admit comme démontrée la gravité des plaies exposées et la bénignité relative de celles qui ne l'étaient point. Les chirurgiens s'emparèrent de l'idée et cherchèrent à mettre les plaies opératoires à l'abri du contact de l'air par divers procédés de sections ou d'incisions sous-cutanées. Beaucoup de choses avaient été déjà faites dans cette direction, lorsqu'en 1839 M. J. Guérin proposa sa classification des plaies en exposées et sous-cutanées, prenant uniquement pour point de départ l'état de la peau, respectée ou intéressée par la violence. C'était une réédition de la classification de Hunter qui ne présentait pas de grands avantages[1].

La classification de Hunter, plus ou moins modifiée, a sans contredit le mérite d'éclairer la physiologie pathologique et le pronostic

1. Voir pour l'historique mes *Mémoires de chirurgie*, t. I[er], p. 311. — *De la méthode sous-cutanée*, etc.

des lésions traumatiques, et de conduire à d'utiles applications pratiques. Mais on peut lui reprocher d'être incomplète et de laisser de côté des faits importants.

C'est pourquoi M. Verneuil, tout en conservant son point de départ, a cru devoir la corriger et l'amplifier. Voici d'abord les critiques dont elle est passible.

Une plaie peut être exposée à l'air en restant sous-cutanée, et l'intégrité de la peau ne l'empêche pas d'être parfois fort grave. Une fracture de larynx, une fracture de côte avec déchirure pulmonaire, une fracture du maxillaire inférieur sans plaie à la peau, un enfoncement de la paroi antérieure des sinus frontaux, sont autant de lésions traumatiques en contact avec l'air, et cependant sous-cutanées.

D'autre part la même classification ne tient compte que de l'air atmosphérique. Or cet air n'est pas le seul fluide qui puisse, par son contact, irriter une plaie et lui imprimer une gravité exceptionnelle.

Les liquides pathologiques, le sérum, le pus, le contenu des kystes simples ou hydatiques, peuvent causer des désordres variés. Les fluides normaux eux-mêmes, l'urine, la bile, les gaz et liquides intestinaux peuvent, à travers une fissure presque imperceptible, se répandre dans le tissu conjonctif et causer des ravages plus prompts, plus graves et plus étendus que l'air atmosphérique.

Or, où placera-t-on, dans la classification de Hunter ou de M. Jules Guérin, une fracture du bassin avec lésion de l'intestin, ou de l'appareil urinaire ?

Il est certain, et on l'a dit souvent, que, dans bon nombre de cas, l'air n'a pas d'influence nuisible. Une foule de plaies, d'ulcères largement exposés, guérissent sans le moindre accident; l'emphysème sous-cutané, même très étendu, est une affection tout à fait innocente. Parfois, au contraire, une contusion provoque une bosse sanguine, qui, bien que recouverte par la peau saine, s'enflamme et suppure à l'abri du contact de l'air. La collection purulente ainsi formée peut déterminer des accidents graves, douleur, fièvre, etc. En l'ouvrant, on la met largement en contact avec l'air, et tous les accidents cessent.

Malgré ces critiques, il est vrai que les lésions traumatiques se comportent d'une façon toute différente suivant que les éléments anatomiques restent en contact avec eux-mêmes ou qu'ils sont soumis au contact de l'air; mais, comme cet air n'a pas seul le privilège d'amener la mortification des tissus, leur inflammation violente et les suppurations abondantes; comme les fluides pathologiques ou

normaux peuvent amener les mêmes désordres, il est impossible de conserver la classification ancienne, et il devient nécessaire de la remplacer par une autre à la fois plus complète et plus naturelle. Pour y procéder, il est bon de rappeler brièvement quelques notions d'anatomie générale.

Si on considère le groupement des organes chez un animal inférieur, on les trouve disposés, de dedans en dehors, en trois couches. A l'intérieur, une cavité centrale munie de deux ouvertures; à l'extérieur, une surface de délimitation ou enveloppe tégumentaire; entre les deux, un intervalle qui contient les systèmes vasculaire, musculaire, nerveux, etc.

Les surfaces interne et externe sont en rapport médiat ou immédiat avec le milieu dans lequel se trouve plongé l'animal et avec les matières que ce milieu renferme; toutes deux sont revêtues d'une couche continue formée par le système épidermique et ses dérivés. Chez l'homme, même disposition générale, bien que la structure soit beaucoup plus compliquée. La surface interne présente des diverticulum; l'externe est munie d'appendices; enfin, la partie intermédiaire renferme les systèmes vasculaires, nerveux, osseux, musculaire, conjonctif, etc.

Cela posé, si l'on prend pour base de classification la situation des blessures dans l'une de ces trois divisions principales du corps, on arrive au tableau suivant :

1° *Lésions traumatiques externes* ou *exposées*, en rapport direct avec l'atmosphère.

2° *Lésions traumatiques internes* ou *cavitaires*, intéressant les cavités du corps;

3° *Lésions traumatiques interstitielles*, siégeant entre ces mêmes cavités et l'enveloppe tégumentaire.

Puis, comme ces différentes lésions sont susceptibles de se combiner, on décrit à la suite des trois types simples les variétés suivantes :

A. *Lésions externo-cavitaires*, plaies articulaires, plaies de la taille ou de la trachéotomie;

B. *Lésions externo-interstitielles*, perforation de la peau par les fragments d'une fracture;

C. *Lésions inter-cavitaires*, faisant communiquer deux cavités muqueuses : perforation de la cloison recto-vaginale; — deux séreuses : déchirure du diaphragme comprenant la plèvre et le péritoine; — une séreuse et une muqueuse : rupture de l'estomac ou de l'utérus dans le péritoine; — deux cavités vasculaires : plaie des

cloisons du cœur ; — une cavité vasculaire et une séreuse : plaie du cœur et du péricarde ; — une cavité vasculaire et une muqueuse : plaie intéressant l'œsophage et l'aorte.

D. *Lésions cavito-interstitielles :* plaie de l'œsophage ou du rectum par un corps étranger lacérant les parois de ces canaux ; — déchirure de la plèvre par fracture des côtes ; — rupture des varices dans les espaces conjonctifs.

Sans compter les lésions que leur extrême complication ne permet pas de classer : coup d'épée pénétrant dans l'abdomen, traversant le péritoine, le foie, le diaphragme, la plèvre et venant blesser le poumon.

Cette énumération des nombreuses variétés de siège des lésions traumatiques fait prévoir combien la physiologie pathologique des blessures est variable et compliquée. D'où résulte qu'au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, il faut tenir soigneusement compte de toutes les régions traversées par l'agent vulnérant et de tous les organes atteints, chacun de ceux-ci pouvant agir comme facteur distinct dans l'évolution ultérieure de la blessure.

LÉSIONS TRAUMATIQUES EXTERNES

Une lésion traumatique est dite externe, ou encore exposée, ouverte, découverte, quand la peau est divisée.

La solution de continuité de l'enveloppe protectrice s'effectue de diverses manières : de dehors en dedans, de dedans en dehors, par pression, par distension, etc. Une lésion, primitivement interstitielle, produite par une contusion violente, peut devenir exposée si la peau se sphacèle et si l'élimination de l'eschare met les parties profondes en contact avec l'atmosphère.

Le foyer des lésions externes est dans tous les cas exposé à l'action de l'air, ce qui entraîne des conséquences particulières dans l'évolution ultérieure de la plaie.

L'influence de l'air a été fort discutée. Les uns ont vu dans cet agent la cause de tous les accidents des plaies ; les autres, invoquant les cas d'emphysème traumatique, ont nié son influence délétère, et, tandis que M. Jules Guérin montrait que les lésions sous-cutanées même très étendues guérissaient sans complication, Malgaigne insufflait l'air à profusion sous la peau des animaux sans provoquer trace de suppuration.

La vérité se trouve entre les opinions extrêmes. Il est certain que,

dans l'emphysème traumatique, une fracture de côte compliquée de déchirure de la plèvre et des vésicules pulmonaires et dont, par conséquent, le foyer reste en contact plusieurs jours avec l'air, guérit sans encombre. Mais il n'est pas douteux qu'une plaie en contact permanent avec l'air extérieur est vouée néanmoins à la suppuration et entraîne des accidents souvent mortels. Donc le contact de l'air peut être tantôt parfaitement innocent et tantôt fort nuisible. La différence provient moins de la durée du contact que des qualités mêmes du fluide atmosphérique.

L'air exerce sur nos tissus une action irritante, comparable à celle d'un corps étranger, et d'ordre physique. Il a de plus une action chimique, en vertu de laquelle il se combine avec les liquides exhalés à la surface des plaies et surtout avec les globules sanguins, dont il modifie profondément les qualités. Les tissus tendent à se désorganiser, à faire du pus; cela est dû à l'oxygène de l'air, qui même à l'état de pureté imprime aux phénomènes de décomposition un surcroît d'activité. L'azote et l'acide carbonique sont au contraire antiputrides.

Mais l'atmosphère n'est pas seulement composée d'oxygène, d'azote, de vapeur d'eau et d'acide carbonique; elle tient en suspension une foule de corps étrangers, de germes organiques ou de poussières inertes, de débris végétaux ou animaux, souvent imprégnés de matières toxiques, dont la quantité varie nécessairement avec le milieu où on l'observe, et dont l'influence joue un grand rôle dans l'étiologie des maladies en général, et particulièrement des épidémies et des maladies contagieuses. Les belles expériences de M. Pasteur, qui a pu compter les germes développés dans l'atmosphère parisienne, et les ingénieuses recherches de Tyndall sur les poussières en suspension dans l'air, ont jeté un jour tout nouveau sur ces faits.

L'air de nos appartements est saturé de ces poussières organiques. On ne peut les chasser avec un soufflet ordinaire, ou bien celles qu'on chasse sont immédiatement remplacées par d'autres. Mais si l'on remplit de coton le tuyau d'un soufflet, l'air qui traverse cette ouate filtre et se débarrasse des matières tenues en suspension.

La respiration humaine nous fournit l'exemple le plus intéressant et le plus important de ce mode de filtration. Tyndall remplit ses poumons d'air ordinaire, puis il souffle par un tube de verre au travers du faisceau de lumière électrique. Il se forme d'abord un nuage blanc d'une texture délicate qui révèle la condensation de la vapeur d'eau contenue dans l'haleine. Ce nuage dissipé, au bout

d'un instant, on voit apparaître sur le faisceau lumineux une tache circulaire obscure qui se fonce de plus en plus, jusqu'à ce que, vers la fin de l'expérience, le faisceau se trouve pour ainsi dire percé d'un trou d'un noir intense dans lequel il est impossible de distinguer aucune espèce de particules. C'est que l'air a si bien laissé ses impuretés dans les canaux bronchiques, que les dernières parties de l'haleine expirée sont absolument privées de matières en suspension[1].

On expulse l'air de la poitrine aussi complètement que possible ; puis, appliquant une poignée d'ouate sur les lèvres et les narines, on aspire l'air. Il n'y a aucune difficulté à remplir les poumons de cette manière. Si on chasse ensuite cet air dans un tube de verre, on le trouve exempt de toute matière flottante. Dès le commencement de l'expiration, le faisceau lumineux paraît percé d'un trou noir. L'ouate, pourvu qu'on l'emploie sous une épaisseur suffisante, intercepte donc les matières flottantes qui tendent à pénétrer dans les poumons.

Ces expériences ont inspiré le pansement ouaté, employé d'une façon si heureuse dans le traitement des plaies par M. Alphonse Guérin et d'autres chirurgiens après lui. Elles donnent aussi l'explication de cette innocuité presque complète de l'emphysème pulmonaire traumatique; dans ce cas, en effet, l'air s'est débarrassé en traversant le filtre pulmonaire, de toutes les molécules organiques et inorganiques qu'il tenait en suspension; lorsqu'il pénètre à travers une déchirure des vésicules pulmonaires et de la plèvre dans le tissu conjonctif ambiant, il peut être considéré comme chimiquement pur, et, à ce titre, ne provoque pas d'accidents. Ainsi s'explique encore l'innocuité des plaies à la campagne, où l'air est en général presque pur et dénué de propriétés toxiques. On comprend de même encore comment Malgaigne, dans ses expériences sur les animaux, ait pu introduire de l'air dans les plaies sous-cutanées qui guérissaient sans suppuration; c'est qu'il insufflait cet air avec la bouche, et n'introduisait ainsi dans la plaie qu'un air pur, filtré à travers le poumon[2].

Dans d'autres cas, à la vérité, on a pu insuffler impunément dans

1. Tyndall : Poussières et maladies, *Revue des cours scientifiques*, 1870-1871. Tout récemment, M. le Dr Miquel a repris ces expériences en variant à l'infini les détails. Les idées de Tyndall ont été confirmées et largement développées. Les résultats des recherches de M. Miquel sont consignés dans sa remarquable thèse inaugurale : *Des organismes vivants de l'atmosphère*, Paris, 1883.

2. Malgaigne : Sur l'innocuité du contact de l'air dans les incisions sous-cutanées, *Journal de chirurgie*, 1843, p. 97.

le tissu cellulaire, et injecter à l'aide d'une seringue, de grandes quantités d'air emprunté à l'atmosphère ambiante et chargé par conséquent de toutes ses impuretés.

Pour expliquer l'innocuité de l'emphysème ainsi produit, on peut invoquer les expériences de Demarquay et Leconte, démontrant que l'air infiltré dans les mailles du tissu conjonctif se modifie rapidement; l'oxygène est absorbé et remplacé par de l'acide carbonique. Or ce dernier gaz est essentiellement antiputride. Injecté dans le foyer d'une ténotomie, il semble accélérer la réparation du tendon au lieu de la retarder.

Il est bien entendu que, pour ne point exercer d'action nuisible, l'air injecté ne doit pas être chargé de matières toxiques[1].

Exposés au contact permanent de l'air, les éléments anatomiques se mortifient dans une étendue et dans une épaisseur variables; l'eschare ainsi formée, si ténue qu'elle soit, engendre de la matière septique et provoque la formation du pus.

La réparation commence de bonne heure; mais avant que les parties divisées soient réunies et les pertes de substance comblées, on voit se former un organe nouveau : la *couche granuleuse*, qui circonscrit le foyer de la plaie et joue, à la manière de l'épiderme, le rôle de membrane isolante et protectrice. Cette membrane, une fois constituée, s'accroît pendant un certain temps, secrète du pus, puis s'atrophie et enfin se recouvre d'un revêtement épidermique. Mais tout ce travail exige un temps assez long pendant lequel la porte reste ouverte à toutes sortes d'accidents et de complications qui rendent jusqu'à la fin la guérison précaire et incertaine.

De tout ceci résulte qu'en présence d'une plaie exposée il faut, toutes les fois que la réunion immédiate ne peut être obtenue, mettre le foyer à l'abri complet, sinon de l'air atmosphérique, au moins des particules étrangères, des impuretés organiques ou inorganiques qu'il renferme. On emploiera à cet effet les pansements par occlusion, la baudruche collodionnée, l'appareil ouaté, etc.

Dans ces conditions, le pus sécrété à la surface de la plaie ne pourra se décomposer. Il restera pur, si on peut s'exprimer ainsi, et son absorption n'engendrera pas cette terrible pyohémie, la plus redoutable complication des blessures.

On a eu l'occasion d'examiner au microscope le pus sécrété sous

1. Naturellement, cette circonstance changerait les conditions de l'expérience. Nous connaissons en effet un cas dans lequel l'air d'une salle d'hôpital, injecté dans la tunique vaginale après une ponction d'hydrocèle, a provoqué une inflammation gangréneuse du scrotum. — A. V. 1883.

l'ouate et qui n'avait pu, par conséquent, être pénétré par les ferments suspendus dans l'air, et l'on n'y a pas trouvé trace de putréfaction. On sait, au contraire, que le pus qui reste exposé à l'air libre devient rapidement fétide, et en l'examinant de près, on trouve qu'il fourmille de petits organismes. Ceci nous prouve que les pansements avec l'ouate, la baudruche collodionnée et autres moyens analogues, ont précisément le pouvoir de tamiser l'air et d'arrêter au passage les matières organiques qu'il renferme[1].

LÉSIONS TRAUMATIQUES INTERNES OU CAVITAIRES

Cette classe comprend les lésions dont le foyer communique avec les cavités naturelles ou accidentelles du corps.

De ces cavités, les unes sont closes de toutes parts : plèvre, péricarde, synoviales; — les autres, telles que la vessie par exemple, n'ont de rapport avec l'extérieur que par des conduits comme l'urèthre, qui laissent passer les produits de sécrétion ou d'excrétion, mais qui ne permettent pas l'entrée directe de l'air. D'autres enfin sont largement ouvertes à l'extérieur : bouche, fosses nasales, vagin.

Les lésions des cavités closes ou des cavités de la seconde catégorie peuvent être bornées à la déchirure incomplète ou complète des parois cavitaires, sans que leur foyer entre en communication avec l'extérieur. C'est le cas pour les ruptures du cœur, de la vessie, d'un kyste de l'ovaire. Les tissus extracavitaires se trouvent seulement en contact avec les fluides contenus dans les cavités et réagissent différemment suivant la composition de ces fluides. C'est ainsi que la rupture de la capsule articulaire dans une luxation est beaucoup moins grave que la rupture de la vessie, qui donne lieu à un épanchement d'urine et à une péritonite suraiguë.

Il faut donc tenir compte, pour le pronostic, de l'importance de

1. Il faut se rappeler que cette phrase a été écrite au commencement de 1872. Depuis, il a été prouvé non seulement que le pus qui baigne les plaies sous le pansement ouaté est généralement très fétide, mais encore qu'il renferme beaucoup de vibrions septiques, qui sans doute avaient été inaperçus, parce qu'on n'avait pas employé d'assez forts grossissements.

Il n'en est pas moins vrai que les plaies restent pendant des jours et quelquefois des semaines en contact avec ce pus putride sans que le poison pénètre dans l'économie et sans que la fièvre en résulte, nouvelle démonstration de la nécessité de deux facteurs pour produire la septicémie : l'existence du poison d'abord, et son absorption ensuite. Le second acte manque sous le pansement ouaté.

J'ai conservé ici, pour avoir l'occasion de la réfuter, cette proposition erronée que M. Mascarel et moi avions émise il y a onze ans. — A. V. 1883.

l'organe creux lésé, de la qualité et de la quantité des fluides cavitaires épanchés, enfin de la nature des tissus et organes avoisinant la lésion cavitaire.

La différence suivant l'organe lésé se comprend quand on compare la rupture du cœur à celle d'un kyste séreux.

La qualité du fluide épanché joue un rôle incontestable, mais qui n'est pas toujours facile à expliquer. La rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine peut survenir sans qu'il en résulte d'accidents, mais aussi déterminer une péritonite rapidement mortelle. La connaissance de la composition intime du liquide pourra donner l'explication de cette différence. M. Verneuil a remarqué que certains kystes de l'ovaire renferment un liquide qui attaque l'acier des instruments, tandis que d'autres n'ont aucune propriété corrosive[1].

Les fluides naturels épanchés n'agissent en général qu'à titre de corps étrangers et n'exercent d'effet nuisible qu'autant qu'ils sont eux-mêmes altérés et décomposés.

On a pu voir récemment dans le service de M. Verneuil un exemple frappant d'innocuité de l'urine au contact d'une plaie. Il s'agissait d'un homme frappé à la fesse droite d'une balle ayant son orifice de sortie au niveau de la hanche gauche. La vessie avait été ouverte, et l'urine s'écoulait par la plaie du côté gauche. Le contact permanent de ce fluide avec le foyer de la blessure n'empêcha pas la cicatrisation assez rapide de l'orifice qui donnait issue à l'urine. Mais au bout de quelques jours survint au niveau de cette cicatrice une tumeur molle, élastique, qui se développa lentement, sans douleur et sans fièvre. On ouvrit la poche, et il en sortit une urine limpide qui, une fois évacuée, permit au foyer de se cicatriser. Le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

Il faut tenir également compte des tissus et des organes au sein desquels se fait l'épanchement des matières contenues dans la cavité blessée. Il n'est pas indifférent, en effet, que la vésicule biliaire se rompe dans le péritoine ou dans l'intestin après l'établissement d'adhérences.

[M. Mascarel revient ici avec quelques détails sur les formes compliquées des blessures cavitaires : plaies pénétrantes des anciens auteurs, plaies inter-cavitaires, plaies cavito-interstitielles, etc., qui, bien que soustraites au contact de l'atmosphère, n'en sont pas moins exposées à l'action d'autres fluides aussi nuisibles en certains cas que l'air le plus impur.]

1. Voir plus loin, les observations de MM. Nepveu, Muron et Cauchois.

La lésion pour produire ces effets n'a pas besoin de porter sur les réservoirs : vessie, intestin, vésicule biliaire, où les produits excrétés sont réunis en grande quantité ; il suffit qu'elle porte sur un point quelconque des cavités sécrétoires ou de leurs conduits les plus fins, pour qu'il y ait lésion exposée, c'est-à-dire contact nuisible des fluides sécrétés sur les éléments anatomiques. C'est ce qui explique la gravité des contusions du rein, du foie, de la mamelle pendant la lactation.

[J'ai abrégé beaucoup cette partie de la thèse de M. Mascarel, parce qu'elle est présentée avec beaucoup plus de détails dans le travail de M. Mouronval, dont je donne plus loin un long extrait. — A. V.]

LÉSIONS TRAUMATIQUES INTERSTITIELLES

Ce sont les lésions comprises entre les téguments et les diverses cavités, et dans lesquelles les tissus blessés restent en contact soit avec eux-mêmes, soit avec d'autres tissus interstitiels, soit avec des fluides normaux, tels que le sang, la lymphe, la graisse, la sérosité. Elles ne sont donc jamais en rapport ni avec l'extérieur ni avec les substances qui en viennent ou y retournent ; d'où leur bénignité relative et la grande simplicité de leur marche. Les éléments anatomiques peuvent être fortement altérés, voués même à la destruction ; s'ils ne restent en contact qu'avec eux-mêmes ou avec les fluides normaux précités, le travail de réparation s'effectue en général sans accident.

Le sang, la lymphe, la sérosité, les fragments désorganisés des fibres, des cellules et des tubes, disparaissent immédiatement, ou en passant par des métamorphoses régressives ; les portions restées saines de ces fibres, cellules ou tubes, se réunissent soit directement, soit par l'intermédiaire d'une production conjonctive provisoire ou définitive ; l'os va reproduire du cartilage temporaire, qui plus tard deviendra os lui-même ; le nerf, après s'être atrophié, renaîtra ; de nouveaux tubes nerveux apparaîtront, et l'organe reprendra sa fonction physiologique. Et ce travail, bien qu'il exige un temps plus ou moins long, s'établira, dans la majorité des cas, sans trouble notable de la santé générale.

La contusion simple, la luxation, la fracture non compliquée, sont des types de lésions interstitielles guérissant avec une grande simplicité. Toutefois la marche n'est pas toujours aussi bénigne ; il

est des cas où les lésions interstitielles évoluent comme les lésions exposées, c'est-à-dire que les éléments et les tissus se mortifient, s'enflamment et se comportent, en un mot, comme s'ils avaient été exposés à des contacts délétères. Dans ces cas, l'intégrité de la peau ne sert à rien, ce qui a été trop oublié dans la classification de M. J. Guérin.

A la vérité, ces accidents ne se voient guère que lorsqu'un traitement défectueux ou intempestif, ou la mauvaise constitution du sujet, entrent en cause, et mettent la lésion dans des conditions défavorables. C'est ainsi qu'une contusion articulaire, une entorse, qui chez un sujet sain n'auraient produit qu'une simple hydarthrose, amèneront facilement une ostéite, un abcès, une tumeur blanche chez un scrofuleux.

Dans d'autres cas, la violence de l'action vulnérante est assez grande pour déterminer une inflammation suppurative par le fait même de l'attrition des tissus. Ainsi, à la suite d'une contusion ayant amené un épanchement sanguin interstitiel, on peut voir, alors même qu'il n'y a pas sphacèle de la peau, le foyer sanguin s'enflammer et suppurer. D'autres fois, une esquille détachée d'une fracture agit comme cause d'irritation, et détermine une inflammation suppurative suivie d'élimination du corps étranger.

Tout en tenant compte de ces faits exceptionnels, la règle est que les lésions interstitielles guérissent facilement et spontanément par les seules forces de la nature.

CONSIDÉRATIONS

SUR LES LÉSIONS TRAUMATIQUES CAVITAIRES

Par M. le Dr Mouronval[1]

L'auteur, après avoir reproduit les justes critiques adressées aux classifications de John Hunter et de Jules Guérin, adopte, avec M. Mascarel, la division des blessures en trois catégories : lésions externes ou exposées — lésions internes ou cavitaires — lésions interstitielles.

Il étudie spécialement les secondes, c'est-à-dire les lésions dont le foyer communique avec une cavité naturelle ou accidentelle.

Il commence par une définition de la cavité : espace creux, tantôt virtuel, comme le péritoine ou la plèvre, tantôt réel comme la bouche, les fosses nasales, etc., puis divise les cavités en :

— naturelles.
— pathologiques.
— naturelles devenues pathologiques.

CAVITÉS NATURELLES

Elles se distinguent d'après leur rapport avec l'extérieur en :

Cavités closes : arachnoïde, plèvre, tunique vaginale, cavités intra-oculaires, oreille interne ;

Cavités faisant suite aux orifices naturels et ayant avec l'extérieur des communications directes, larges et constantes : fosses nasales, bouche, pharynx, larynx, trachée, bronches, conjonctive, oreille externe, ou au contraire étroites ou temporaires : urèthre, vagin, rectum, glandes cutanées ou mammaires;

1. *Thèse de doctorat*, Paris, 15 mai 1872. — Ce travail est l'amplification de la seconde partie de la thèse de M. Mascarel. Je l'ai analysée et considérablement condensée. — A. V.

Cavités n'ayant avec l'extérieur que des communications médiates plus ou moins éloignées et s'effectuant à la faveur des cavités précédentes : estomac, intestins, appareil génito-urinaire profond, glandes salivaires, oreille moyenne, canal nasal, voies lacrymales, etc.

D'après la nature de la paroi, les cavités sont : 1° muqueuses; 2° séreuses; 3° glandulaires; 4° vasculaires.

Les premières communiquent immédiatement ou médiatement avec l'extérieur; les deuxièmes sont ordinairement closes; le péritoine de la femme fait exception, grâce à ses rapports avec les trompes de Fallope; toutefois cette communication, incontestable au point de vue anatomique, n'exclut pas en pratique cette grande séreuse de la classe des cavités closes.

Les muqueuses se composent de plusieurs couches représentant plus ou moins celles de la peau. Ainsi elles ont : un derme, mince à la conjonctive, ou épais et fibreux aux gencives et à la langue; un épithélium, un riche réseau vasculaire, souvent un réseau lymphatique et des glandules. Continuellement lubréfiées par le produit de la sécrétion de leurs glandes propres et de glandes volumineuses situées en dehors d'elles, elles sont souvent en rapport avec des substances étrangères à l'économie. Ainsi la muqueuse digestive est en contact avec les aliments, ses différents mucus, puis la salive, la bile, le fluide pancréatique, les matières fécales; l'air et les particules qu'il charrie passent sans cesse sur la muqueuse respiratoire.

Grâce à leur épithélium épais et à leurs sécrétions, les muqueuses ne contractent point l'inflammation adhésive; elles ne sont pas très irritables, ou du moins les excitations qu'elles subissent sont passagères et provoquent ordinairement une sécrétion abondante de fluide muqueux. Malgré la continuité apparente de leur réseau vasculaire, l'inflammation superficielle se propage avec peine d'un segment à l'autre. Aussi voit-on la stématite se limiter à la bouche sans envahir le pharynx, et observe-t-on souvent des laryngites sans bronchite, des vaginites sans métrite, des uréthrites sans cystite, etc.

Les membranes séreuses confondues dans une partie de leur étendue avec les organes qu'elles recouvrent, et dont elles facilitent le glissement, sont minces, lisses, polies, bornées parfois à une couche très ténue de tissu conjonctif avec un revêtement épithélial très délicat. Les irritations y développent de la douleur, et surtout y produisent en abondance un fluide riche en fibrine et très disposé à passer à l'état de pus; l'inflammation ne s'y limite guère,

envahissant en général la membrane tout entière, comme cela se voit au péritoine, aux synoviales, etc.

Les cavités glandulaires et leurs conduits excréteurs se rapprochent des muqueuses par leurs propriétés, mais leur structure est beaucoup plus simple : dans les culs-de-sac, les acini, les follicules clos, on ne trouve qu'un épithélium revêtant une membrane anhiste ; dans les conduits excréteurs il y a un épithélium, une membrane propre et des tuniques fibreuses et musculaires.

Les cavités vasculaires ont des affinités avec les séreuses par leurs propriétés pathologiques et par la simplicité de leur texture.

Quelques cavités à structure spéciale ne trouvent pas place dans ce cadre. Telles sont : les cavités intra-oculaires, l'oreille interne, le canal médullaire des os longs.

Cette dernière, bien que n'ayant pas de paroi propre, peut être considérée comme une cavité ; c'est un espace limité renfermant une substance demi-fluide, dans lequel l'inflammation se propage facilement, et où séjournent les produits pathologiques : aussi existe-t-il une différence considérable dans les lésions osseuses selon qu'elles intéressent ou non la cavité centrale des os longs.

Chaque cavité renferme un fluide particulier : mucus, sécrétions spéciales, sérosités, synovie, moelle osseuse, humeurs de l'œil et de l'oreille, sang, lymphe, etc. Ces fluides peuvent être normaux ou altérés. Leur contact avec les membranes peut être constant ou passager.

Plusieurs fluides de nature et de source différentes peuvent se réunir dans une seule cavité ; en cas de lésion faisant communiquer deux cavités, le contenu de l'une peut passer dans la voisine.

Or une membrane habituée à la présence d'une sécrétion ou d'une excrétion n'en tolère généralement pas une autre ; le contact de l'urine est inoffensif pour la muqueuse vésicale, mais si ce liquide passe dans le rectum par une fistule, il en irritera fortement la paroi.

La réaction chimique des divers fluides est différente ; la salive est alcaline, le suc gastrique acide. Ceci est important au point de vue de l'hémostase. En effet, dans les séreuses qui sécrètent un liquide alcalin, le sang peut ne pas se coaguler et former ainsi des épanchements considérables à la suite de lésions insignifiantes.

Les cavités ont des formes diverses qui peuvent être ramenées à deux types : forme simple, forme anfractueuse.

A la première se rapportent les cavités globuleuses, discoïdes ou tubuleuses : vessie, tunique vaginale, gaînes tendineuses, etc. ; à la seconde, les cavités irrégulières, ramifiées, munies d'appendices

ou de diverculum : cavités respiratoires, glandulaires, vasculaires, synoviales, ventricules cérébraux, etc. Les produits morbides qui se développent dans celles-ci s'écouleront difficilement et auront de la tendance à séjourner.

Quelques cavités séreuses renferment d'autres organes qui proéminent à leur intérieur et sont souvent lésés en même temps qu'elles ; ainsi la blessure des intestins ou du testicule accompagne en certains cas celle du péritoine ou de la tunique vaginale.

Il faut tenir compte de la résistance de la paroi et de son revêtement épithélial. Ce dernier peut se modifier sous l'influence de certaines causes. L'épithélium de la vessie, par exemple, qui à l'état physiologique s'oppose à l'absorption de l'urine, permettra dans divers états pathologiques la résorption de ce liquide.

Le foyer traumatique peut établir des communications entre des cavités contiguës de même nature ou de nature différente. Ainsi la plèvre, par rupture du diaphragme, peut être en rapport avec le péritoine ; une perforation intestinale met une cavité muqueuse en communication avec une séreuse ; une fistule vésico-vaginale ou vésico-rectale relie entre elles deux cavités muqueuses.

En certains cas, la communication est en quelque sorte physiologique, quand elle s'établit par exemple entre les articulations des doigts et les gaînes tendineuses, entre la jointure coxo-fémorale et la bourse séreuse du psoas.

CAVITÉS PATHOLOGIQUES

On en peut faire trois classes.

1° Abcès ou collections purulentes entourées d'une membrane pyogénique.

2° Kystes, quel qu'en soit le siège ou le contenu ; kystes séreux, muqueux, glandulaires, hydatiques, hématiques.

3° Bourses séreuses pathologiques, accidentelles ou professionnelles.

CAVITÉS NATURELLES DEVENUES PATHOLOGIQUES

Telles sont : les muqueuses enflammées, ulcérées ; les séreuses hydropiques ou remplies de sang, de pus, de liquides altérés divers, ou tapissées de fausses membranes.

Les parois des cavités peuvent être blessées de dehors en dedans ou de dedans en dehors. Dans le premier cas, la blessure peut être faite par un instrument tranchant, piquant ou contondant, et aussi par les projectiles de guerre.

Dans le second, il peut y avoir rupture par distension ou déchirure causée par un corps étranger formé de toutes pièces dans la cavité ou venu du dehors.

Le foyer traumatique présente diverses dispositions :

1° La cavité n'est pas lésée seule : l'instrument vulnérant, avant d'y pénétrer, a traversé la peau et les couches de tissus interposés, établi une communication entre l'air extérieur et la cavité, et donné lieu à la lésion dite plaie pénétrante.

2° Dans les ruptures et les plaies produites de dedans en dehors, la diérèse peut intéresser les parois de la cavité et les tissus ambiants, sans atteindre la peau ; la lésion sera *borgne interne*.

3° Il peut y avoir enfin lésion intercavitaire ou communication entre deux cavités voisines. Il y a plusieurs variétés de lésions intercavitaires, suivant que la communication s'établit entre une cavité close et une cavité ouverte : fracture du crâne communiquant avec les fosses nasales ou le conduit auditif externe ; — entre deux cavités closes : perforation du diaphragme; — entre deux cavités muqueuses; — entre une cavité muqueuse et une séreuse, etc.

En cas de plaies pénétrantes, la communication entre la cavité et l'extérieur peut être temporaire, comme dans les plaies par instruments piquants, ou permanente, dans celles que font les instruments tranchants. Elle peut être contemporaine de la blessure et durer très peu, ce qui a lieu dans la thoracentèse, ou s'établir tardivement avec un foyer primitivement exposé ou interstitiel, par chute d'une eschare ou ouverture d'un abcès.

DU FOYER TRAUMATIQUE CAVITAIRE

On constate d'abord les signes communs à toutes les blessures; écartement des bords, hémorrhagie, douleur, puis une série de phénomènes du côté de la cavité ouverte.

Le foyer traumatique se compose nécessairement de deux régions; l'une sanglante, creusée par l'agent vulnérant et qui peut être pénétrante, borgne interne ou intercavitaire; l'autre formée par les cavités ouvertes.

La région sanglante peut affecter les dispositions les plus variées,

être étroite ou large, directe ou oblique, unique ou multiple; elle peut ne former qu'une très faible partie du foyer dont la cavité ouverte constitue la plus grande part. Lorsqu'un coup d'épée ouvre l'abdomen, la surface saignante est de minime étendue, mais le foyer est augmenté de toute la surface du péritoine.

On peut facilement se représenter les formes extrêmement variées et compliquées du foyer traumatique dans les plaies pénétrantes, borgnes internes, ou intercavitaires, intéressant plusieurs cavités à la fois.

La cavité blessée peut être, au moment de la lésion, vide ou pleine, en repos ou en fonction. La vésicule biliaire, la vessie, contiennent toujours des liquides qui sortiront par l'ouverture de la plaie, s'écouleront au dehors, s'infiltreront dans le tissu cellulaire ambiant, ou tomberont dans une autre cavité, le péritoine, le rectum, le vagin.

Si la cavité est vide, l'adhésion des bords de la plaie ne trouvera pas d'obstacles et la réunion sera possible. Mais presque toutes les cavités renferment quelque matière solide, liquide ou gazeuse, avec laquelle le foyer traumatique entre inévitablement en contact.

Ces matières sont tantôt des sécrétions : salive, mucus, sérosité; ou des excrétions : urine, bile; tantôt des matières intestinales ou stomacales plus ou moins digérées, tantôt enfin l'air atmosphérique dont les qualités varient selon le point de l'arbre aérien d'où il s'échappe.

Si la lésion intéresse une cavité qui communique largement avec l'extérieur, le contact, bien que permanent ou passager, peut être sans inconvénients. Dans une plaie de la bouche, l'écoulement de la salive sera facile et l'on n'aura pas à craindre son infiltration.

Lorsqu'il y a parallélisme entre les orifices du trajet, l'écoulement des fluides est aisé; mais si la cavité est à l'état de plénitude, ou si elle est profonde et si l'ouverture de la plaie est petite, oblique, à trajet plus ou moins long, le liquide ne s'écoule plus, s'accumule dans les tissus voisins ou les cavités d'alentour et y forme des épanchements, des infiltrations. Les choses se passent ainsi dans les plaies de la vessie, suivies si souvent d'infiltration urinaire. A la suite de la blessure d'une artère, le sang peut s'épancher, s'infiltrer dans le tissu cellulaire et former un anévrysme faux primitif.

Dans les blessures des cavités qui contiennent de l'air, ce fluide se répand dans le tissu cellulaire ambiant et y produit l'emphysème, ce qui survient dans les fractures de côtes et les plaies pénétrantes de poitrine.

L'exposition du foyer des lésions cavitaires à des contacts anor-

maux donne souvent lieu à des inflammations suivies de suppuration ou de sphacèle et qui empêchent en tout cas l'adhésion primitive.

Le foyer traumatique reçoit donc les fluides des cavités, mais en retour il verse aussi quelque chose dans ces dernières. Au début c'est le sang; lorsque celui-ci trouve une issue libre, il a de la tendance à s'écouler au dehors, mais s'il rencontre des cavités toutes prêtes à le recevoir, qui ne communiquent pas avec l'extérieur ou en sont éloignées, il s'y accumule : de là, hématocèle, épanchement dans les bourses séreuses, tendineuses, accumulation dans l'intestin, les bronches, les voies génitales profondes, etc.

Il est intéressant d'étudier ce que devient ce sang épanché. Les liquides avec lesquels il se trouve en contact exercent sur lui des actions diverses en l'altérant plus ou moins. La sécrétion alcaline des séreuses : synovie, sérosité pleurale ou péritonéale, empêche la coagulation et donne au sang la consistance du mucus. L'hémostase est ainsi rendue parfois difficile ; cependant le résultat peut être modifié par la proportion du sang et de la sérosité; quand le premier est versé en abondance, il se forme des caillots, la sérosité étant en trop petite quantité pour le diluer.

Les sécrétions des muqueuses modifient beaucoup plus le sang. Celui-ci devient noir dans l'intestin et l'estomac ; rapidement coagulé et décomposé par l'urine, il constitue avec cette dernière un fluide éminemment délétère.

Quand les cavités muqueuses sont en communication avec l'extérieur, une nouvelle cause de décomposition vient s'ajouter. Si l'air vient à pénétrer dans la cavité où existe déjà un épanchement de sang et d'urine, il se forme un liquide infect, extrêmement irritant, qui peut provoquer une inflammation suraiguë et la gangrène.

Cette intervention de l'air est nuisible partout. Dans la séreuse elle-même, il putréfie les liquides épanchés et engendre les mêmes phénomènes que dans les muqueuses.

La production de matière putride se fait avec une extrême rapidité dans les lésions cavitaires pathologiques mises en rapport direct avec l'extérieur ; c'est ce qui rend pleine de dangers l'ouverture des abcès par congestion.

Si la cavité est largement ouverte, l'élimination se fera facilement, mais si elle est anfractueuse et profonde, si elle ne communique avec le dehors que par un pertuis étroit et sinueux, l'écoulement n'aura pas lieu, ou du moins rencontrera de grandes difficultés, ce qui entraînera de sérieux dangers.

Je termine ici les extraits de la thèse de M. Mouronval.

L'auteur consacre encore quelques pages au diagnostic, au pronostic et au traitement des lésions cavitaires ; mais ces petits chapitres, d'ailleurs fort incomplets, ne renferment rien d'original ; il n'y aura donc aucun avantage à les reproduire.

Un autre de mes élèves, M. A. Laurens, dans une bonne thèse sur les plaies par instruments piquants, s'occupe également des blessures cavitaires. Il insiste surtout sur les piqûres des muqueuses et des séreuses, et résume avec clarté ce que les classiques ont écrit sur ce sujet (p. 17 et suivantes). Ce travail fait bien ressortir les différences considérables qui, au point de vue de la marche et du pronostic, séparent les blessures cavitaires des blessures exposées et interstitielles.

La thèse de M. Laurens sera consultée avec fruit par ceux qui auraient à écrire un travail dogmatique sur les plaies en général [1].

1. Laurens, *Des plaies par instruments piquants.* Thèse de doctorat, Paris, 1872.

DE L'ACTION DIFFÉRENTE

EXERCÉE SUR LES TISSUS

PAR LES FLUIDES PHYSIOLOGIQUES OU PATHOLOGIQUES

SUIVANT QU'ILS SONT NORMAUX OU ALTÉRÉS

Cette question me préoccupe depuis longtemps. En 1858, j'y fais allusion dans un mémoire sur l'étiologie des fistules permanentes (*Mém. de chirurgie*, t. I, p. 215).

En 1861, dans une note sur la hernie étranglée, je signale très nettement les propriétés irritantes et toxiques de la sérosité péritonéale contenue dans le sac herniaire en cas d'étranglement. J'y reviendrai en traitant de l'*auto-inoculation traumatique*.

En 1870, la mort rapide d'une malade à la suite d'une ponction abdominale appelle mon attention sur les qualités variables du contenu des kystes de l'ovaire. J'indique les propriétés corrosives de certaines sérosités, et j'engage M. Nepveu à faire quelques expériences sur les animaux.

En 1872, Muron, l'un de mes meilleurs et de mes plus regrettés disciples, dans une bonne thèse sur la pathogénie de l'infiltration d'urine, adopte mes idées et reproduit deux observations curieuses prises dans mon service.

En 1872 encore, un autre de nos élèves, M. Cauchois, actuellement chirurgien en chef des hôpitaux de Rouen, publie un fait où est examinée l'action sur le péritoine de la bile normale.

Enfin, tout récemment, l'un de nos jeunes chirurgiens les plus distingués, M. Kirmisson, soumet également à l'expérimentation un liquide pathologique auquel on prête des propriétés fort nocives ; je veux parler du contenu des kystes hydatiques.

Je réunis ici toutes les pièces de ce petit dossier, pièces d'ailleurs assez intéressantes pour être tirées de l'oubli. — A. V. 1883.

Kystes multiples de l'ovaire pris pour un kyste uniloculaire. Ponction. Péritonite. Mort au bout de cinquante-deux heures. Remarques sur les propriétés chimiques et toxiques du fluide ovarique. — Expériences de M. Nepveu[1].

Léonie Bouland, vingt-quatre ans, petite et assez chétive, jouissait cependant d'une santé passable, lorsqu'elle devint enceinte vers la fin de 1868. Elle accoucha sans accident en juin 1869. Le ventre resta d'abord volumineux, puis se mit à croître rapidement en août et septembre. Dans les premiers jours d'octobre, L... entra à Laribosière dans le service de M. Oulmont, qui, après un examen attentif, diagnostiqua un kyste uniloculaire de l'ovaire. La malade fut transférée dans mon service, salle Sainte-Jeanne, n° 4.

Le ventre était très volumineux, extrêmement distendu, d'une régularité parfaite; la palpation n'y découvrait aucune bosselure appréciable. Matité absolue en avant, mais en haut et en arrière, zone sonore en forme de fer à cheval répondant à la masse intestinale refoulée. Point d'œdème des membres inférieurs, ni de dilatation des veines de la paroi abdominale. Aucun indice d'affection hépatique, ni d'oblitération de la veine cave. Rien dans les urines. Gêne mécanique considérable par suite du volume de la tumeur. Amaigrissement notable; état dyspeptique. Un seul signe plaidait pour l'ascite, c'était la distension avec soulèvement léger de la cicatrice ombilicale. J'en conclus simplement que la grossesse avait aminci en ce point la paroi abdominale, et que d'ailleurs il pouvait exister simultanément une certaine quantité de fluide péritonéal; mais je portai sans hésitation le diagnostic de kyste de l'ovaire. J'admis également qu'il était uniloculaire, en me fondant sur ce fait que le choc, si léger qu'il fût, et en quelque point qu'il fût porté, était instantanément et distinctement transmis à l'autre extrémité du diamètre percuté. En raison même de quelques incertitudes manifestées par des personnes qui suivaient le service, j'affirme que jamais examen ne fut plus scrupuleux.

L'intervention était assez urgente, et comme il n'y avait aucune contre-indication formelle, j'arrêtai le plan suivant :

1° Ponction à la fois exploratrice et évacuatrice;

2° Puis, au bout de quelques jours, nouvelle ponction, suivie d'injection iodée, avant que la poche ait repris ses dimensions premières.

Le 21 octobre, à dix heures du matin, ponction avec un trocart de

1. *Gazette hebdomadaire*, 1870, p. 196.

volume moyen. Le poinçon retiré, il s'écoule environ 1 litre de liquide visqueux, transparent, de couleur acajou clair, qui, essayé immédiatement par l'acide nitrique, donne un précipité abondant d'albumine. Le ventre étant un peu moins tendu, je distingue à travers sa paroi quelques inégalités; le poinçon introduit de nouveau ponctionne sans effort une seconde poche qui fournit encore 400 à 500 grammes d'un liquide analogue au premier et également coagulable. Sans remettre le poinçon, et en appuyant seulement l'extrémité de la canule sur ce que je croyais être des cloisons, je vide trois poches plus petites.

L'erreur de diagnostic étant dès lors suffisamment démontrée, je suspendis la séance. Emplâtre agglutinatif sur la petite plaie, bandage de corps médiocrement serré, appliqué par-dessus une couche d'ouate.

Nous avions donc affaire à un kyste multiloculaire ou à certaines productions malignes de l'épiploon. La présence si abondante de l'albumine et la distension de l'ombilic faisaient penser de nouveau à un épanchement ascitique.

La journée se passe assez tranquillement, mais le soir l'abdomen est douloureux et les vomissements surviennent. Le lendemain matin, ventre très sensible, plus tendu que jamais, vomissements opiniâtres, pouls filiforme et très fréquent, face grippée, péritonite généralisée évidente. Je prescris le calomel, les onctions mercurielles belladonées, sans pouvoir entraver la marche du mal.

Mort le 23, cinquante-deux heures après la ponction.

L'autopsie vint éclairer ce cas énigmatique. La paroi enlevée, on voit l'abdomen rempli par un grand nombre de poches distinctes, bien isolées les unes des autres, et réunies seulement par un pédicule assez gros à une masse solide du volume des deux poings, et qui n'est autre que l'ovaire gauche. Ces poches, dont les dimensions varient depuis celle d'une cerise jusqu'à celle d'une tête d'enfant, sont remplies de fluide rosé, ambré ou rougeâtre, ou même pareil à du sang plus ou moins altéré. Les parois en sont extrêmement minces: aussi se déchirent-elles au moindre contact, laissant écouler leur contenu dans la cavité péritonéale. Ovoïdes ou sphériques à la superficie de la tumeur, ces poches sont irrégulièrement polyédriques par pression réciproque dans la profondeur. Nous reconnaissons celles qui ont été ponctionnées pendant la vie à leur forme de sacs affaissés et à peu près vides. La masse ovarique renferme également une foule de cavités kystiques, mais la majeure partie est constituée par une pulpe molle, faible, d'apparence cérébriforme, très

vasculaire, ressemblant, en un mot, aux fibromes ramollis et à marche très rapide. L'examen microscopique n'a pas été fait.

Le péritoine offre les traces d'une inflammation plastique suraiguë ; les adhérences sont molles, faciles à détruire; il est très probable qu'elles ne préexistaient pas à l'opération. Le liquide épanché, d'ailleurs en assez petite quantité (à peine 1 litre et demi), est trouble, rougeâtre, floconneux ; on ne saurait dire s'il provient d'une exsudation de la séreuse ou de la rupture d'un certain nombre de poches avant ou pendant l'autopsie.

L'anatomie pathologique explique l'erreur de diagnostic; en effet, la souplesse des parois kystiques leur a permis de remplir la cavité abdominale sans former ni saillies ni bosselures; de transmettre, grâce à leur extrême ténuité, la percussion du doigt comme s'il ne s'était agi que d'une seule loge, de se rompre en certain nombre pendant les manœuvres de la ponction, et de laisser couler leur contenu dans le péritoine. Ce contenu, différent de celui qu'on rencontre dans les kystes simples, et qui, sans doute, possédait des propriétés irritantes, a provoqué une péritonite suraiguë.

Je ne vois pas comment l'erreur de diagnostic aurait pu être évitée, et à quels signes on aurait pu reconnaître cette production de kystes innombrables. Il y a donc eu là un concours déplorable de circonstances conduisant inévitablement à l'erreur, moi-même mon collègue M. Oulmont, et d'autres médecins distingués qui ont examiné le cas.

Au point de vue thérapeutique, puis-je davantage m'accuser? Certes, dans l'état des choses, il eût été préférable de tenter d'emblée l'ovariotomie. Sans doute elle eût été laborieuse, car un certain nombre de kystes se seraient infailliblement rompus sous notre main ; en revanche, le défaut d'adhérences l'aurait rendue praticable, et une toilette minutieuse aurait débarrassé le péritoine du fluide écoulé. Mais la ponction préalable avait aussi sa raison d'être; elle fixait définitivement le diagnostic, point majeur, d'exigence absolue, en présence des erreurs commises par les praticiens les plus habiles. En cas de kyste uniloculaire, elle en diminuait la capacité et préparait la réussite de l'injection iodée, excellente méthode dans le cas de poche unique [1]. En cas de kyste multiloculaire, elle arrêtait momentanément le progrès de la tumeur et établissait solidement les indications de l'ovariotomie.

1. Cette opinion, soutenable en 1870, serait fort contestée aujourd'hui et non sans raison.

Mais, dira-t-on, la ponction exploratrice ayant démontré l'erreur du diagnostic, il fallait, séance tenante, faire l'extirpation. On arrivera peut-être dans la suite à cette conclusion, que tout kyste multiloculaire doit être enlevé pour éviter les dangers inhérents à la simple ponction, mais nous n'en sommes pas encore là. L'ovariotomie n'est pas une de ces opérations qu'on improvise comme la ligature d'un vaisseau ou le débridement d'une hernie, et la précipitation a plus d'une fois entraîné des suites funestes. Un obstacle insurmontable se dressait d'ailleurs devant moi, je veux parler du milieu. La malade était dans une grande salle d'un grand hôpital, condition qui m'a empêché jusqu'ici, et m'empêchera toujours de pratiquer l'ovariotomie à l'hôpital Lariboisière.

En résumé, ayant sous les yeux toutes les pièces du procès, je reconnais : 1° avoir fait une erreur de diagnostic ; 2° avoir pratiqué une opération funeste ; 3° n'avoir pas employé celle qui aurait eu le plus de chances en sa faveur ; mais, en retour de ces aveux, il faut bien m'accorder que, dans ce cas difficile, tout semblait avoir été combiné pour me tromper et pour assurer la perte de la malade.

Avant de terminer cette note, je voudrais revenir sur un point trop laissé dans l'ombre par les auteurs : je veux parler des qualités du fluide contenu dans les kystes ovariques. On a insisté avec raison sur la fluidité ou la viscosité de ce liquide, sur son mélange avec des éléments étrangers, sang, pus, cholestérine, etc., et l'on a tiré de tous ces caractères des indications utiles pour le pronostic ou le traitement ; mais on a moins étudié les propriétés chimiques, et surtout l'action plus ou moins irritante sur le péritoine. Dans le cas présent, l'épanchement d'une médiocre quantité de liquide kystique a provoqué une péritonite suraiguë ; ce fluide a-t-il donc des propriétés phlogogènes ou toxiques énergiques ? Agit-il par absorption comme les poisons, ou par irritation comme les caustiques ? C'est là un point qui mérite d'être étudié, et pour lequel j'utiliserai quelques documents inédits tirés de mon expérience et des recherches commencées par l'un de mes anciens internes et amis, M. Nepveu.

La science renferme un grand nombre d'observations de rupture intra-péritonéale de kystes de l'ovaire, ruptures survenues spontanément ou sous l'influence d'une contusion abdominale. Ces cas se terminent d'une manière variable, par la guérison, la mort prompte ou le développement d'une péritonite plus ou moins grave.

Pour expliquer ces différences, on invoque les idiosyncrasies, la susceptibilité plus ou moins grande du péritoine ; mais ne faudrait-

il pas attribuer au liquide épanché des qualités chimiques ou toxiques différentes ? C'est à l'analyse chimique et à la pathologie expérimentale qu'appartiendrait la solution de ces questions.

Quelques mots d'abord sur l'origine des présentes remarques.

J'assistais à une ovariotomie ; M. Mathieu, avec sa complaisance ordinaire, avait prêté les instruments ; à peine l'opération finie, je le vis s'empresser de jeter dans l'eau et de nettoyer au plus vite les susdits instruments, par la raison, disait-il, que le contenu de certains kystes ovariques noircissait, altérait, corrodait même très rapidement l'acier le plus poli.

Ce fait me frappa ; désireux de le vérifier, et ayant eu quelques jours après à ponctionner un kyste de l'ovaire, je recueillis dans un vase clos le liquide qui était trouble et de couleur brune, et j'y laissai séjourner diverses pièces de fer et d'acier poli. Le lendemain matin, ces pièces étaient recouvertes d'une couche pulvérulente noire, assez épaisse, que le frottement le plus énergique ne parvenait pas à faire disparaître entièrement. La surface métallique était devenue rugueuse.

Si le contenu de certains kystes ovariques exerce sur l'acier une action chimique aussi évidente, n'est-il pas permis de croire qu'il agit également sur la séreuse péritonéale, et ne peut-on s'expliquer ainsi les accidents graves qui surviennent si souvent à la suite de la rupture spontanée des kystes de l'ovaire dans le péritoine ?

M. Nepveu a réuni dans un travail inédit un certain nombre de ces cas qui, joints à ceux que Tilt avait déjà colligés (*London Medical Gazette*, 1851), fournissent un total de 97 cas. On compte sur ce nombre 46 morts et 51 guérisons plus ou moins franches[1].

Quelquefois, quoique rarement, la mort a été subite, d'autres fois, très prompte par péritonite suraiguë, le plus souvent survenant au bout de quelques jours.

La nature du liquide n'a été notée que vingt-cinq fois : il était purulent et caséeux onze fois ; gélatineux deux fois ; formé d'un mélange de pus et de matière encéphaloïde deux fois ; sept fois très variable, séreux, rougeâtre, rouge brun, noirâtre, sanguinolent, riche en cholestérine, etc. Quatre fois il s'agissait de kystes dermoïdes, et une fois enfin d'un kyste hydatique.

Malheureusement, en notant ces différences, on n'a signalé que l'aspect physique de ces divers liquides sans en rechercher les propriétés chimiques. La lacune reste donc tout entière à combler.

1. Le travail de M. Nepveu a été publié depuis dans les *Annales de Gynécologie*, juillet 1875, et reproduit dans ses *Mémoires de chirurgie*, Paris, 1880.

J'ai pensé que l'expérimentation pouvait être de quelque utilité dans un sujet aussi obscur, et j'ai donc conseillé à M. Nepveu de faire sur des animaux quelques injections avec le fluide ovarique.

Quoique peu nombreuses encore, ces expériences ont produit quelques résultats. Quatre chiens ont reçu dans le tissu cellulaire quelques gouttes de liquide à l'aide de la seringue de Pravaz. Chez tous, la température s'est élevée de quelques dixièmes de degré à 1 degré entier. Le nombre des respirations a augmenté d'un tiers. Le pouls cardiaque, quatre ou cinq heures après l'injection, ne pouvait plus être compté. D'autres symptômes se sont montrés avec plus ou moins d'intensité : manque d'appétit, soif vive, grand abattement, plaintes, gémissements, aboiements nocturnes, etc. Ils ont duré de deux à huit jours, puis la santé s'est rétablie. Une seule fois les injections, quoique fort peu copieuses, ont provoqué des petits abcès locaux sous-cutanés, mais le sujet était une chienne pleine, qui a ressenti avec beaucoup d'intensité les symptômes indiqués plus haut. L'avortement néanmoins n'a pas eu lieu.

Le liquide ovarique injecté était d'assez bonne nature, séreux, un peu filant, à peine coloré en brun. Il a été employé avant toute décomposition. Malgré cette bénignité apparente, il jouissait donc de propriétés pyrogènes et même phlogogènes en un cas.

Nous avons vivement engagé M. Nepveu à poursuivre ces expériences, dont l'utilité pratique ne saurait être mise en doute, à une époque où l'on attaque avec tant d'ardeur et de hardiesse les tumeurs ovariques. Elles justifient déjà les précautions minutieuses prises dans l'ovariotomie, pour prévenir l'épanchement du liquide kystique dans le péritoine, et le soin avec lequel on fait la toilette de cette séreuse ; elles fourniront d'ailleurs une preuve nouvelle du secours que l'expérimentation raisonnée peut prêter à la clinique.

Voici maintenant les deux observations de M. Muron.

Infiltration d'urine dans la cavité de Retzius ; séjour de l'urine sans accidents pendant dix jours. — Erysipèle de la face. Menace de phlegmon. Incision. Guérison [1].

M. Jean, trente-sept ans, peintre en bâtiments, entre à Lariboisière, service de M. Verneuil, le 6 juin 1869.

Bonne santé antérieure, sauf deux écoulements uréthraux fort légers et disparus rapidement.

1. Muron, *Pathogénie de l'infiltration d'urine*, Thèse de doctorat, Paris, 1872, obs. III, recueillie par M. Homolle, p. 43.

Le 3 avril, après avoir pris une assez grande quantité de café, M... est atteint de rétention d'urine, accident qui lui était déjà arrivé plusieurs fois dans les mêmes circonstances ; il fait alors des efforts inutiles pour uriner et ressent dans le bas-ventre de vives douleurs qui le forcent à quitter son travail et à se mettre au lit.

Quatre jours après, à l'hôpital, M. Verneuil constate à la région hypogastrique, dont la peau est rouge et chaude, une tumeur médiane, ovoïde, qui remonte jusqu'à l'ombilic ; la verge, les testicules, la région rénale ne sont pas douloureux. Le malade urinant seul, on suppose que c'est par regorgement et on met à demeure une bougie filiforme qui laisse écouler l'urine goutte à goutte ; mais néanmoins, jusqu'au 14, bien que la quantité rendue soit de 500 grammes dans les vingt-quatre heures, la tumeur persiste. L'urine est d'ailleurs limpide. Les phénomènes inflammatoires locaux diminuent peu à peu.

Le 14, érysipèle de la face. Le ventre devient spontanément douloureux, sensible à la pression. Fièvre, soif vive, appétit nul.

Le 16, l'état général a empiré ; l'excrétion des urines s'est presque suspendue ; à peine s'en est-il écoulé une centaine de grammes pendant la nuit ; ventre ballonné, douloureux ; l'empâtement de la région s'est accru.

Le 17, M. Verneuil, pensant qu'une collection d'urine s'est faite dans la cavité de Retzius, endort le malade, et fait une incision sur la ligne médiane, un peu plus près du pubis que de l'ombilic. Le bistouri divise lentement les tissus, et à peine l'aponévrose est-elle sectionnée, qu'il s'échappe un jet de liquide d'un jaune brun sale, mélangé de gaz, et exhalant une forte odeur urineuse. C'était de l'urine à peu près pure, mêlée de pus en petite quantité, et de cette matière filante analogue à celle que l'on retire par le cathétérisme de la vessie des malades atteints de catarrhe vésical. Il s'en écoula un litre et demi environ. Avec ce liquide on put faire aisément du nitrate d'urée et de l'oxalate d'urée.

Le doigt porté dans la plaie reconnaît une poche vaste, assez mal délimitée, à parois tomenteuses. On place dans son intérieur deux tubes à drainage qui servent à faire des injections nombreuses avec un liquide chloruré.

Jusqu'au 24, l'urine s'écoule par la plaie, et il n'en sort pas une goutte par le canal. Le 24, le malade commence à uriner par cette voie ; la plaie se déterge peu à peu et se couvre de granulations ; le 6 mai, M... urine volontairement sans sonde ; la plaie se rétrécit de jour en jour et le malade quitte l'hôpital, guéri, vers le 30 mai.

Plaie par balle allant de la fesse gauche à la cuisse droite. — Rupture de l'urèthre par le projectile. Poche urineuse à la cuisse. Érysipèle de la face. Menace de phlegmon de la cuisse. Guérison[1].

Raynaud, trente-six ans, zouave, reçoit à la bataille de Champigny une balle qui traverse la fesse gauche. Il entre à Lariboisière le 1er décembre 1870.

Une petite plaie circulaire, à bords nets, légèrement ecchymosés, est située à la partie inférieure et externe de la fesse, un peu en arrière de la base du grand trochanter. Une seconde plaie, présentant les mêmes caractères que la précédente, occupe la face externe de la cuisse droite, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Périnée et scrotum infiltrés de sang. Comme le malade a uriné du sang après la blessure, il est probable que la balle, dirigée obliquement de gauche à droite et de haut en bas, a perforé les muscles fessiers, traversé le périnée et, déchirant la partie membraneuse de l'urèthre, s'est échappée à travers les masses musculaires postérieures de la cuisse droite, en passant derrière le fémur, qui a été respecté.

A l'entrée, l'état du malade est satisfaisant ; l'hématurie n'a pas reparu; douleur locale nulle ; très légère douleur à la pression sur le périnée. Appétit. Sommeil.

Rien de nouveau le 2 et le 3.

Le 4, l'urine, qui jusqu'alors avait suivi son cours normal, ne s'écoule plus par la verge, mais par la plaie de la fesse ; elle est semi-transparente, rendue opaline par le mélange d'une petite quantité de pus ; elle sort en jet par la plaie dans les efforts de miction, mais elle reprend son cours par la verge quand on obstrue la plaie par l'application du doigt, et son passage cause alors une forte cuisson au périnée. Cathétérisme impossible ; la sonde s'arrête dans une poche urino-purulente au niveau de la région membraneuse et ramène un peu de sang. On n'insiste pas sur ces tentatives, le malade ne présentant d'ailleurs aucun accident local ou général.

Deux jours après, 6 décembre, on réussit à introduire une petite sonde de gomme, qu'on laisse à demeure pour conserver autant que possible le calibre et la direction de l'urèthre pendant le travail de cicatrisation. L'urine continue à s'écouler par la plaie de la fesse; celle de la cuisse se ferme peu à peu.

Du 13 au 15, léger embarras gastrique fébrile. Rien localement.

1. *Thèse de Muron*, obs. V, p. 59.

Du 15 au 25, la plaie de la fesse rougit, bourgeonne, sécrète un liquide plus épais, plus blanc, contenant moins d'urine et plus de pus.

Le 25 on constate à la fesse, du côté de la plaie, une petite tumeur fluctuante, du volume d'un œuf de poule, qui disparaît spontanément le lendemain. Deux jours plus tard, le même phénomène se reproduit et se termine comme la première fois. Il est probable que cette tumeur était due à une accumulation momentanée de l'urine, qui ne trouvait plus un passage libre par la plaie, et qui ne le trouvait pas encore par l'urèthre.

Le 8 janvier, la plaie est presque entièrement cicatrisée ; l'urine, qui a repris progressivement son cours par la verge, s'écoule toujours avec difficulté. A cette époque, le malade est pris d'un érysipèle de la face, qui ne semble avoir d'abord aucune influence sur l'état local, et qui suit son cours sans rien offrir de remarquable.

Le 11, la cuisse droite est le siège d'une tuméfaction considérable, mais bien limitée, et dont le centre correspond à la cicatrice qui depuis quelques jours est complètement achevée. Une fluctuation très nette indique la présence d'une collection liquide. En même temps la fièvre, qui avait marqué le début de l'érysipèle et qui était rapidement tombée, se relève ; pouls plein, fréquent, peau chaude ; anorexie, symptômes d'embarras intestinal.

M. Verneuil incise la cicatrice de la cuisse; issue d'environ un litre d'urine presque aussi limpide qu'à l'état normal.

Le 12, l'état général est meilleur ; l'érysipèle commence à pâlir, l'urine sort continuellement par la plaie.

Le 14, l'incision s'est refermée; nouvelle tumeur fluctuante dans le même point. Le décollement des bords de l'incision avec la sonde cannelée donne passage à 500 grammes d'urine mêlée d'un peu de pus. Tube à drainage dans le foyer; injections antiseptiques.

Dès lors, l'urine s'écoule de jour en jour par la plaie et tend à reprendre définitivement sa voie normale.

Le 18, l'érysipèle a complètement disparu ; l'état du malade est excellent.

Pendant le mois de février, le travail de cicatrisation se poursuit ; il est seulement ralenti par la présence du drain qu'on laisse en place aussi longtemps qu'il est nécessaire pour éviter le retour des accidents.

Le 10 mars, l'oblitération de l'orifice et du trajet est complète. L'urine ne s'écoule plus que par la verge, mais produit encore une légère douleur au périnée pendant la miction.

Une particularité curieuse, commune à ces deux observations, est l'apparition d'un érysipèle de la face pendant la cure d'une lésion traumatique des voies urinaires. Nous reviendrons sur ce point à la fin de ce volume, dans le chapitre consacré à l'érysipèle.

L'observation de M. Cauchois nous a paru mériter quelque attention, par la marche même des accidents consécutifs à une lésion grave de l'abdomen et par les déductions qu'on en peut tirer dans l'intérêt de la physiologie pathologique. Voici le fait :

Plaie pénétrante de la région gastro-hépatique. Fistule biliaire. Pleurésie de voisinage. Guérison [1].

Le 27 avril 1872, Liévin K..., employé à des travaux de démolition, reçoit d'un charretier un coup de couteau à la région de l'estomac. Une heure après, K..., apporté sur un brancart à l'hôpital Lariboisière, est déjà plongé dans cet état de prostration et d'angoisse qui suit en général les plaies pénétrantes de l'abdomen. Le pouls, extrêmement petit et serré, bat 52 fois par minute; les extrémités des membres, le nez, la langue se refroidissent et le thermomètre, placé dans l'aisselle, marque 36 degrés et 5 dixièmes; les vêtements et le linge qui recouvraient l'épigastre présentent une coloration spéciale, mélange de teintes rouge foncé et verdâtre. La chemise, notamment, portait une large tache d'un vert caractéristique, telle que la bile seule l'avait pu produire.

Plaie longue de 30 millimètres, oblique de haut en bas, de dehors en dedans, à droite de la ligne blanche et à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic. Ses bords nets et rectilignes étaient maintenus écartés par l'interposition d'une petite masse molle, jaunâtre et vasculaire, facile à reconnaître pour un fragment d'épiploon. En soulevant ce dernier, il s'écoulait un mélange de sang et de bile, qui s'arrêtait quand on laissait retomber la partie herniée sur la lèvre inférieure de la plaie.

Bien que l'accident ne remontât guère à plus d'une heure, il s'était cependant déjà formé autour de la plaie une tuméfaction diffuse, douloureuse au toucher, que l'on diminuait par une pression douce, en provoquant l'expulsion des liquides sanguin et biliaire, épanchés sous la paroi abdominale. 40 ou 50 grammes de bile ont pu s'écouler jusqu'à ce moment.

1. Observation recueillie par M. Cauchois, interne des hôpitaux, et publiée dans l'*Union médicale*, 1872, 3e série, t. XIV, p. 277.

Ainsi nous étions en présence d'une *plaie pénétrante de l'abdomen et des voies biliaires, probablement de la vésicule, compliquée de hernie épiploïque.*

L'estomac et les intestins ne semblaient pas intéressés. En effet, ni coliques, ni nausées, ni vomissements, ni hémorrhagie par les selles; pas de douleur vive, aiguë, lancinante, indice habituel du passage des matières intestinales dans le péritoine. Le foie se trouvait-il atteint? Pour être édifié à cet égard, il eût fallu savoir de quelle longueur la lame du couteau avait pénétré dans le ventre; mais l'instrument ne nous avait pas été présenté. A la vérité, la dimension et la direction de la plaie rendaient vraisemblable le diagnostic de lésion hépatique; d'ailleurs, la coexistence ou l'absence de cette dernière ne devait pas modifier immédiatement la thérapeutique.

L'état général, évidemment, réclamait les premiers soins. La plaie intéressait le péritoine, les voies biliaires et les vaisseaux sanguins. En réagissant sur le système nerveux et, par l'intermédiaire de ce dernier, sur la circulation générale, la lésion, outre la douleur et un sentiment d'oppression et d'angoisse, avait déterminé un ralentissement du pouls et un abaissement de la température périphérique. Il y avait donc urgence à relever les forces en rappelant d'abord la chaleur aux extrémités, au moyen de boules d'eau tiède, de manchons d'ouate, de frictions légèrement excitantes; puis à supprimer l'élément douleur, point de départ de l'angoisse et de la gêne épigastrique, à produire en un mot la sédation du système nerveux. L'opium, à petites doses, est ici le médicament par excellence.

Il fallait apaiser enfin la soif vive, causant encore un surcroît de souffrance ; mais on comprend le danger, en pareille circonstance, de l'ingestion des boissons en grande quantité. Outre l'incertitude où l'on était relativement à l'existence d'une plaie intestinale, on devait éviter de provoquer du côté de l'estomac et du foie un mouvement fluxionnaire trop abondant. Heureusement, toutes les précautions à prendre se conciliaient facilement par l'emploi de la glace que le malade laissait fondre par petits morceaux dans sa bouche. En conséquence : application de la chaleur au dehors; opium et glace à l'intérieur, et surtout immobilité absolue.

Restait le traitement local. La première indication était relative à la hernie épiploïque et à l'occlusion de la plaie. Longtemps les opinions des chirurgiens ont été partagées entre la réduction de la hernie avec réunion immédiate, ou le maintien de l'épiploon au

dehors. Aujourd'hui, la conviction est acquise à la seconde de ces deux pratiques. En pareille circonstance, et pour peu qu'un certain temps se soit écoulé depuis l'accident, il ne faut pas tenter la réduction d'une hernie épiploïque, surtout quand cette dernière a quelque tendance à se maintenir au dehors. D'après ce précepte, M. Verneuil, non seulement se garda bien de repousser dans le ventre l'organe saillant, mais encore jugea prudent de le fixer en le traversant avec une épingle, ainsi que les deux lèvres de la plaie; puis, serrant modérément le fil autour de l'épingle, il obtint le rétrécissement de la plaie et un obstacle à une réduction ultérieure. Pour soustraire les parties à l'action de l'air, on les recouvrit d'une lame de baudruche fixée à l'aide du collodion.

Cependant toutes les indications n'étaient pas encore remplies. Dès les premiers instants, il s'était produit autour de la plaie une tuméfaction notable. Cet accident faisait craindre le développement prochain d'une inflammation susceptible de prendre la forme diffuse; on avait surtout à redouter l'explosion d'une péritonite suraiguë. En conséquence, douze sangsues furent appliquées au niveau de la tuméfaction.

Toute la médication avait pour but d'apaiser les accidents immédiats, primitifs, et de prévenir les accidents secondaires. Le premier résultat fut bientôt atteint. En effet, dès le lendemain matin, 28 avril, la chaleur était revenue aux extrémités; le pouls s'était relevé et donnait 76 pulsations; cependant le thermomètre marquait encore 36°,5. Dans la journée, il y eut quelques nausées et même deux vomissements, mais ces symptômes avaient complètement cessé le soir.

Le 29 avril au matin, on entrait manifestement dans la période des accidents secondaires possibles. Le danger le plus imminent d'une plaie semblable, était la péritonite suraiguë, qui aurait bientôt éclaté, s'il y avait eu quelque perforation intestinale; mais faute de signes, cette cause était éliminée. Le contact du sang et de la bile pouvait avoir le même résultat; avec l'épanchement de ces liquides, le pronostic ne devenait favorable qu'à l'une des conditions suivantes : ou bien l'épanchement se trouverait arrêté par des adhérences péritonéales opposant en même temps une barrière aux progrès de l'inflammation consécutive, — c'est la théorie de J.-L. Petit : — ou bien, le contact d'une bile normale avec le péritoine, l'individu se trouvant en parfaite santé au moment de la blessure, ne déterminerait sur la séreuse qu'une réaction modérée et localisée au voisinage même de la plaie. Sur ce dernier point,

les faits connus jusqu'ici n'étaient guère de nature à nous renseigner. Quoi qu'il en soit, l'intervalle de deux jours écoulés depuis l'accident diminuait déjà les chances d'une péritonite suraiguë ; et surtout les symptômes observés le troisième jour du côté de l'abdomen nous rassuraient d'une façon presque complète, en nous montrant le développement de lésions plus circonscrites et d'un pronostic bien moins grave.

D'abord la miction était demeurée normale, volontaire; puis, à quelque distance du point frappé, l'abdomen était à peine sensible à la pression. Les fosses iliaques n'étaient ni tuméfiées, ni douloureuses, non plus que la région sous-ombilicale. Gonflement et douleur étaient bornés au voisinage de la plaie, dans une étendue de 7 à 8 centimètres. A cet endroit, les téguments avaient pris une coloration brunâtre, comme plombée, phénomène qui, joint à une certaine crépitation gazeuse, plaidait en faveur d'un phlegmon de la paroi abdominale. Au reste, ni hoquet, ni vomissements; pouls ample, un peu mou, à 86; température du soir, 38°,6. — Il y avait donc en même temps une notable réaction fébrile.

Nouvelle application de sangsues au même point ; sur le phlegmon diffus, application de caustique de Vienne. Lavement purgatif.

Ainsi débutait la période des accidents secondaires. Elle devait durer une quinzaine de jours, du 29 avril au 13 mai. Pendant tout ce temps, la fièvre est restée assez élevée, ainsi que l'atteste le thermomètre, qui varia entre 38 et 38°,8 le matin, et 39 et 39°,5 le soir, tandis que le pouls oscillait de 80 à 96, montant une fois seulement à 114.

La fièvre s'est trouvée entretenue par diverses complications locales, qui se sont succédé, s'imbriquant en quelque sorte l'une sur l'autre, pour disparaître ensuite dans leur ordre d'apparition.

Le 30 avril, légère teinte ictérique de la peau et des sclérotiques; urine foncée en couleur, mais les réactions chimiques n'y décèlent pas de matières colorantes de la bile ; pression douloureuse à l'hypochondre droit. La nuit suivante, insomnie; deux vomissements.

Le lendemain matin, 1er mai, la langue est sèche, rude, très rouge, le ventre reste libre. Ces symptômes indiquent un certain degré de péri-hépatite. Un lavement purgatif d'abord, puis 25 grammes d'huile de ricin, amènent des évacuations abondantes, sans coliques, et des selles colorées à peu près normales.

Ce même jour, on incise l'eschare due à la pâte de Vienne; issue d'une faible quantité de pus grisâtre, et de quelques bulles d'un

gaz non fétide. On ne tente aucune exploration dans le foyer; on injecte seulement deux fois par jour un liquide désinfectant, la liqueur de Labaraque.

Le 3 mai, la fièvre étant très vive, nouvel accident : une légère toux, de la dyspnée, mettent sur la voie d'un épanchement pleural qui occupait déjà près de la moitié inférieure du côté droit du thorax en arrière. Ainsi l'inflammation développée autour de la plaie s'était d'abord étendue à la périphérie du foie, puis avait gagné la séreuse pulmonaire correspondante en respectant le péritoine. Cette marche et cette succession des accidents démontraient que, si l'épanchement biliaire n'avait pas rencontré des adhérences péritonéales pour le retenir dans le voisinage de la plaie, du moins la bile elle-même n'avait pas tardé à créer des barrières protectrices autour de son foyer. Un phénomène particulier, qui se produisit dans la journée du 6 mai, alors que la péri-hépatite, la pleurésie et la fièvre étaient à leur apogée, prouve en tous cas que l'issue de la bile hors de ses canaux avait continué et que ce liquide s'était rassemblé sous la paroi abdominale.

La première plaie était toujours à couvert, celle de l'eschare restait béante et suppurait modérément, quand tout à coup elle livra passage à un flot de bile pure, à peine mélangée d'une très faible quantité de pus. Cet écoulement de bile persista jusqu'au 11 mai, et l'on peut évaluer à 80 grammes environ dans les vingt-quatre heures le produit de la fistule. A partir du 11, cette quantité a très rapidement diminué; elle était à peine appréciable le 13; le 15 il n'y en avait plus trace.

Nous avons dit que ce phénomène avait coïncidé avec le maximum des accidents fébriles; le 6 mai, le thermomètre était à 38°,8, le pouls à 114; l'épanchement pleural avait atteint la moitié de la hauteur du côté droit. Or, dès le 7 au matin, se déclarait une amélioration très appréciable : la toux et la dyspnée, jusque là assez prononcées, cessaient presque complètement; les urines reprenaient leur coloration normale; le sommeil était revenu, et le 8 mai le patient demandait à manger; cependant le pouls était encore à 84-92 le soir et le thermomètre à 39° et 39°,1, mais le 13 au soir nous avions 37°,8, et le lendemain 37°,3, chiffres indiquant l'entrée en convalescence.

Ainsi, la chute de la fièvre coïncidait avec une notable amélioration de l'état local. Toute trace du phlegmon de la paroi avait disparu. La peau, les sclérotiques étaient revenues à leur teinte normale; plus de douleur hépatique; en un mot, on constatait la

résolution de cette péri-hépatite qui avait été comme un trait d'union entre le phlegmon et la pleurésie. Cette dernière même ne s'accusait plus que dans le tiers inférieur de la plèvre par du souffle bronchique et de l'égophonie, tandis qu'au dessus on percevait un frottement type et le retour de la respiration et de la sonorité. L'éruption biliaire avait donc été le signal d'une défervescence générale et d'une marche rapide vers la guérison. A ce compte elle eût été mise, dans l'ancienne pathologie, au rang des crises.

Plusieurs choses sont à remarquer dans cette terminaison heureuse d'une lésion des plus graves. D'abord la rapidité avec laquelle s'est faite la cicatrisation de la plaie des voies biliaires, sans entraîner l'obstruction de ces conduits; car le passage de la bile dans l'intestin n'a pas discontinué, même à l'époque où la fistule versait au dehors près de 80 grammes de liquide dans les vingt-quatre heures. Les selles, examinées à plusieurs reprises, ont toujours conservé leur couleur normale. Cette fistule s'est fermée sans doute par la rétraction d'adhérences cicatricielles périphériques, consécutives à un travail inflammatoire.

Cette guérison rend très vraisemblable, certain même, le diagnostic de plaie de la vésicule porté dès le début.

La convalescence, commencée vers le 13 ou 14 mai, se continua sans interruption; les plaies se couvrirent de vigoureux bourgeons charnus; dès le 15 mai le malade commençait à se lever, et le 12 juin suivant il quittait l'hôpital parfaitement guéri.

En terminant, nous ferons de nouveau ressortir les particularités suivantes :

1° Cicatrisation rapide d'une fistule traumatique des voies biliaires, et très probablement de la vésicule, malgré la complication de fièvre vive et de pleurésie;

2° Innocuité de la bile normale épanchée dans le péritoine.

Cette seconde particularité surtout mérite d'être mise en lumière. En général, le contact de la bile avec la séreuse abdominale est réputé d'un pronostic extrêmement fâcheux; mais il faut tenir compte des circonstances dans lesquelles il a été observé. Habituellement l'épanchement était consécutif à un travail ulcératif survenu pendant le cours d'une affection non traumatique des voies biliaires. Il y avait par conséquent un état pathologique de date plus ou moins ancienne. En pareil cas, la bile ne saurait être regardée comme douée de ses propriétés physiologiques.

On sait que l'irritation, exercée par l'urine sur les tissus au sein

desquels elle se trouve épanchée ou infiltrée, est bien différente suivant que ce liquide possède encore ou qu'il a perdu ses qualités normales, suivant que le contact a lieu chez un individu sain ou chez un fébricitant. Les dernières recherches sur ce point de physiologie pathologique ont permis de rapporter à des conditions physico-chimiques déterminées les divers modes d'action de l'urine. Elles ont fait voir l'innocuité d'une urine normale mise en contact avec les tissus d'un sujet en bonne santé. Des observations analogues, quoique moins précises, ont été fournies par les épanchements de sang. En rapprochant tous ces faits les uns des autres, en les étudiant plus minutieusement, et en établissant les conditions physico-chimiques des liquides épanchés, on arrivera à la formule d'une loi de physiologie pathologique générale; et ainsi se trouvera éclairée l'histoire de ces extravasations dans l'état de santé et dans l'état de maladie. C'est à ce titre que notre cas est digne d'être consigné.

EXPÉRIENCES AVEC LE LIQUIDE DES KYSTES HYDATIQUES

Le 7 novembre 1882, MM. Mourson et Schlagdenhauffen présentèrent à l'Académie de médecine, une note faisant connaître leurs recherches chimiques et physiologiques sur quelques liquides organiques et en particulier sur l'eau des kystes hydatiques. Les auteurs disaient avoir reconnu qu'à certaines époques ces liquides renferment des ptomaïnes, si bien qu'ils étaient tentés d'attribuer leur action toxique, dans quelques circonstances particulières, à la présence de ces alcaloïdes.

A ce propos, M. Kirmisson publia dans la *Gazette hebdomadaire* une note sur quelques expériences faites dans le but de contrôler les propriétés septiques du liquide des kystes hydatiques [1]. Ces expériences avaient été exécutées, à ma prière, avec le contenu d'un volumineux kyste hydatique que j'avais ponctionné le 10 juillet 1882.

Le liquide, mis dans un vase absolument propre, fut examiné trois heures après dans le laboratoire de M. Vulpian. Il était parfaitement neutre et présentait au microscope un certain nombre de crochets. Pour se mettre à l'abri des accidents mécaniques qu'auraient pu produire ces particules solides, M. Kirmisson le filtra avant de l'injecter sur les animaux. Les injections, faites dans les veines, le

1. *Gazette hebd.*, 15 déc. 1882, p. 819.

péritoine, le tissu cellulaire sous-cutané de trois chiens et d'un lapin, restèrent absolument négatives. Le lendemain, les animaux étaient tous bien portants; examinés pendant huit jours, ils ne présentèrent aucun symptôme qu'on pût mettre sur le compte de l'injection.

Plus récemment, M. Kirmisson a fait de nouvelles expériences avec le contenu d'un autre kyste du foie, survenu à la suite d'une violente contusion de la région[1]. Une ponction donna un liquide limpide comme de l'eau de roche; on le filtra et on l'injecta dans la veine saphène d'un chien. Comme dans les cas précédents, le résultat fut purement négatif.

« Ces expériences, dit M. Kirmisson, sont trop peu nombreuses pour qu'on en puisse tirer des conclusions absolues. Elles n'en tendent pas moins à démontrer que le liquide des kystes hydatiques ne possède pas fatalement et toujours ces propriétés septiques et phlogogènes que de fâcheux accidents cliniques lui ont fait attribuer.

» Certaines circonstances sont sans doute nécessaires pour amener l'altération du liquide des kystes hydatiques et la formation des ptomaïnes dans son intérieur. En un mot, les propriétés nocives de ce liquide ne seraient pas constantes, inhérentes à la constitution chimique. Elles tiendraient à des altérations particulières, se montrant dans des cas déterminés. »

Il est regrettable que M. Kirmisson n'ait pas fait, comparativement aux expériences précédentes, avec le même liquide, mais non filtré, c'est-à-dire contenant des crochets d'hydatides, et à divers intervalles, d'autres injections sur d'autres animaux. Il est permis de supposer que la présence des crochets dans le liquide injecté, ou l'exposition à l'air libre pendant plusieurs heures, aurait donné à ce liquide des propriétés irritantes qu'il ne possédait pas dans les conditions voulues où s'était placé M. Kirmisson.

1. Voir *Arch. gén. de méd.*, nov. 1883, p. 514.

DES PLAIES CAVITAIRES

[Lorsque dans mon cours de 1871 je proposais la classification exposée dans la thèse de M. Mascarel, et que j'esquissais brièvement le tableau des lésions cavitaires, j'avais l'intention de compléter leur histoire et de montrer combien il est nécessaire en théorie et en pratique de les séparer des lésions ouvertes et des lésions interstitielles.

Malheureusement, je n'ai jamais pu réaliser mon projet, et la description générale des lésions traumatiques cavitaires reste à tracer. J'espère voir un jour quelqu'un reprendre ces idées, que je crois exactes aujourd'hui comme il y a douze ans, et qui pourtant n'ont point franchi le cercle de mes élèves et amis. Ce travail sera d'autant plus utile que les traumas cavitaires présentent des caractères particuliers, qu'ils ont une anatomie et une physiologie pathologiques spéciales, une évolution et un pronostic distincts et que les nouvelles acquisitions de la thérapeutique opératoire, s'y appliquant pour la plupart, exigent qu'on les soumette à une étude approfondie.

Déjà, sur deux points circonscrits, cette importante question a été traitée à fond; j'ai eu le bonheur de rencontrer un jeune médecin doué d'un esprit net et d'un jugement droit, sachant présenter les faits sous une forme aussi élégante que solide, et d'ailleurs profondément versé dans les choses de la traumatologie. Il a bien voulu utiliser des observations prises dans mon service pour donner les caractères de la fièvre traumatique dans les traumas cavitaires, après quoi il a réuni ce qui avait été fait sur l'antisepsie dans les blessures accidentelles ou opératoires, portant sur les cavités normales ou pathologiques. Je ne connais guère de mémoire plus intéressant. Aussi je remercie M. Jeannel d'avoir bien voulu faire son travail d'abord, puis me permettre de le reproduire parmi ceux de mes disciples. Mes lecteurs me remercieront à leur tour d'avoir répandu et vulgarisé une œuvre aussi utile. — A. V. octobre 1883.]

DE LA FIÈVRE CONSÉCUTIVE

AUX PLAIES CAVITAIRES

ET DE L'APPLICATION DE LA MÉTHODE
ANTISEPTIQUE AU TRAITEMENT DES PLAIES DES CAVITÉS MUQUEUSES [1]

Par le Docteur M. JEANNEL
Lauréat de la Société de Chirurgie

La cause de la chirurgie antiseptique est entièrement gagnée. Les seuls desiderata qui subsistent sont : la généralisation de la méthode, et son application la plus simple à toutes les plaies et à toutes les opérations. Or, si l'on a réussi, grâce aux procédés de Lister et de Guérin, à faire bénéficier des avantages de la méthode les plaies externes ou exposées, en rapport avec l'air atmosphérique, et intéressant seulement la peau, les tissus musculaires, nerveux, vasculaires et osseux, on a fait peu de chose pour les plaies des cavités muqueuses.

L'éminent éditeur français du pansement de Lister, M. Lucas-Championnière, a consacré, il est vrai, dans sa *Chirurgie antiseptique*, un chapitre aux plaies voisines des orifices naturels, à la chirurgie pratiquée sur les organes génitaux de la femme, à la hernie étranglée et à la taille hypogastrique [2] ; mais il n'a point parlé des opérations pratiquées sur la bouche, les fosses nasales et le rectum, qui pourtant méritent une grande attention et réclament les secours de l'antisepsie.

Inspiré par les conseils de M. Verneuil, et avec les matériaux

1. Extrait de la *Revue mens. de méd. et de chir.*, 1880, t. IV, p. 825 et 953.
2. Lucas-Championnière, *Chirurgie antiseptique*, 2e édition, Paris, 1880, p. 63, 185, 204, 231.

qu'il m'a confiés, je veux essayer de combler cette lacune. Je rechercherai s'il est possible de régler, de maîtriser la fièvre traumatique et de conjurer les accidents graves, dans le cas de plaies cavitaires, comme on le fait pour les plaies exposées.

Après avoir défini les plaies cavitaires, j'établirai quels caractères distinguent la fièvre traumatique qui leur succède ; j'étudierai, en second lieu, les procédés antiseptiques applicables et efficaces dans chaque espèce de plaie cavitaire.

Avant d'entrer en matière, je devrais peut-être faire une professiou de foi sur la pyrétologie chirurgicale, dire à quelles causes je rapporte la fièvre et motiver mes convictions ; je me contenterai de quelques brèves considérations, renvoyant aux travaux spéciaux et en particulier à l'excellente thèse de M. Maunoury (1877) [1], dont j'adopte à peu de chose près les conclusions [2].

M. Maunoury conclut d'un exposé historique fort bien fait : « 1° que les théories de la fièvre traumatique sont nombreuses, mais que la théorie septicémique est généralement acceptée ; 2° que les définitions cliniques sont restées très vagues et ne peuvent être d'aucune utilité ; 3° que, si chez un blessé on voit la fièvre survenir dans les deux ou trois premiers jours, on lui donne le nom de fièvre traumatique, sans chercher d'autre explication. » Quant à lui, s'attachant exclusivement à l'étude clinique de la fièvre primitive des blessés, il en reconnaît quatre types :

1° Fièvre suscitée par une maladie intercurrente ou par un rappel de diathèse ;

2° Fièvre inflammatoire, causée par l'inflammation de l'organe blessé ou d'un organe voisin ;

3° Fièvre d'inoculation, succédant à une blessure faite avec un instrument chargé de virus ou un agent vulnérant quelconque dans une région souillée par une matière toxique ;

4° Fièvre traumatique proprement dite, due à l'absorption de la matière septique qui résulte du sphacèle moléculaire et de la putréfaction des liquides à la surface de la plaie.

Cette division, inattaquable au point de vue purement clinique, prête au contraire à la critique sous le rapport étiologique. Sans parler de la fièvre provoquée par une maladie intercurrente ou par un rappel de diathèse, qui constitue une classe tout à fait à part, les

1. Maunoury, *Étude critique sur la fièvre primitive des blessés*, thèse de Paris, 1877, page 33.

2. Voyez aussi mon livre sur l'*infection purulente*, Paris 1880, p. 156 et 388.

trois autres fièvres se manifestent par des symptômes identiques et ne diffèrent que par leur début ; M. Maunoury au surplus, le reconnaît : « La fièvre d'inoculation, dit-il, débute immédiatement après le traumatisme. La fièvre traumatique n'apparaît guère que vingt-quatre heures après, un peu plus tôt dans les plaies contuses, un peu plus tard dans les plaies faites par l'instrument tranchant, mais toujours après un laps de temps suffisant pour que les substances septiques aient pu se former dans le foyer traumatique. »

Or ce sont là des différences de forme et non des différences de nature. Dans l'une et dans l'autre fièvre, en effet, le poison est le même : c'est toujours la matière septique ; les conditions de l'absorption varient seules. Dans la fièvre d'inoculation, la plaie trouve le poison tout formé ; alors l'intoxication est immédiate, aiguë pour ainsi dire. Dans la fièvre traumatique proprement dite, la plaie, produite sur un tissu sain non chargé de matière septique, est tout d'abord exempte de poison ; alors l'intoxication est lente, car elle s'effectue au fur et à mesure de la formation de ce poison. Mais, dans les deux cas, c'est uniquement une question de degré, de précocité et d'activité.

Cela est tellement vrai que M. Maunoury, n'osant pas faire une classe distincte pour les plaies contuses, est cependant obligé de reconnaître que la fièvre y est plus précoce ; mais il n'en fournit pas l'explication, se contentant d'attribuer le fait à un état complexe et de qualifier la fièvre du nom de fièvre mixte dans laquelle entrent, en proportions variables, l'élément traumatisme et l'élément inflammation, bien que les phénomènes inflammatoires ne soient pas toujours en rapport avec l'intensité de la fièvre. Or, les plaies contuses se compliquant parfois de l'élément inflammation, il est non moins évident que les phénomènes de sphacèle moléculaire et de putridité y sont beaucoup plus intenses qu'à la surface des plaies par instrument tranchant ; par conséquent, la fièvre consécutive aux plaies contuses est véritablement un trait d'union entre la fièvre d'inoculation et la fièvre traumatique simple, et toutes les trois sont des degrés de la septicémie. Quant à la fièvre inflammatoire, tout à fait indiscutable, elle reconnaît aussi souvent pour cause l'inoculation d'un principe pyrogène et phlogogène. Mais la discussion d'un pareil sujet m'obligerait à de trop longs développements [1]. Si j'ai insisté sur la fièvre d'inoculation et ses rapports avec la fièvre traumatique

1. Voyez, pour plus ample informé, mon article *Fièvre traumatique* dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, 1883, t. I, p. 360.

simple, c'est que, dans les plaies cavitaires, la seconde revêt justement tous les carartères de la première et qu'il importait par conséquent d'en bien caractériser et spécifier la nature.

DÉFINITION DES PLAIES CAVITAIRES ET DE LA FIÈVRE CAVITAIRE.

L'ancienne division des plaies en *plaies exposées* et *plaies sous-cutanées*, proposée pour la première fois par J. Hunter, en 1786 [1] et renouvelée par M. J. Guérin, en 1839 [2], a fait son temps. Les services incontestables qu'elle a rendus à la pratique chirurgicale ne sauraient en effet la laver du reproche capital d'insuffisance. Qu'est-ce d'ailleurs qu'une plaie sous-cutanée? Jamais il n'en a été donné de définition bien nette, et l'on peut seulement deviner que c'est une plaie pratiquée sous la peau et sans communication avec l'air atmosphérique. Une rupture tendineuse, la fracture simple du tibia, offriraient des types de cette espèce, dont les caractères cliniques seraient la bénignité absolue et l'absence de toute réaction fébrile; mais où classer alors la plaie vésicale consécutive à une fracture du pubis sans plaie de la peau et par conséquent sans communication avec l'air extérieur? Où placer la perforation de la plèvre et du poumon par fracture de côte? Et les plaies du rectum? et celles du pharynx, qui sont bien réellement sous-cutanées? Dira-t-on que ce sont là des plaies exposées, parce que la bouche ou l'anus sont des orifices naturels, qui mettent les poumons, le pharynx ou le rectum en communication avec l'air? Il faudra convenir, en tout cas, que l'air atmosphérique ne pénètre guère dans le rectum et que ce sont là pourtant des plaies exposées d'une gravité exceptionnelle et dont les caractères cliniques diffèrent grandement de ceux d'une plaie d'amputation.

La même difficulté subsiste au sujet des plaies chirurgicales ou opératoires. Si l'on adopte la classification de M. J. Guérin, il faudra mettre dans la même catégorie et ranger sous le même titre la ténotomie et la plaie intestinale par instrument piquant; la moindre plaie de la peau réunie par la suture et l'opération de la fistule vésico-vaginale; puis dans une autre l'amputation de la jambe et l'extirpation de la langue; l'extirpation du sein et la kélotomie

1. J. Hunter, *Leçons de chirurgie, professées en* 1786-87, traduction Richelot, 1839, t. 1er, p. 441.
2. J. Guérin, *Gazette médicale de Paris*, 1839, p. 642.

avec établissement d'un anus contre nature ou l'ablation d'une tumeur cancéreuse du rectum. Cette simple énumération suffit à démontrer combien la division des plaies en sous-cutanées et exposées est factice et répond peu aux indications de la clinique et de la médecine opératoire. C'est pour y remédier que M. Verneuil, en 1872, par la plume d'un de ses élèves, M. Mascarel [1], proposa la classification suivante :

1° Lésions traumatiques externes ou exposées, en rapport avec l'air atmosphérique par une solution de continuité de la peau (amputation, ligature d'artère, etc.);

2° Lésions interstitielles (sous-cutanées proprement dites), produites au centre des organes, n'intéressant que des tissus communs (muscles, os, vaisseaux, nerfs, etc.), et ne communiquant ni avec l'air, ni avec une cavité naturelle ou pathologique (fracture simple du tibia, rupture musculaire ou tendineuse, etc.) ;

3° Lésions cavitaires ou des organes creux (vessie, estomac, pharynx, bouche, rectum, vagin, utérus, péritoine, plèvre, etc.), avec ou sans communication directe avec l'air atmosphérique.

Les avantages de cette classification ne sauraient être contestés. Au point de vue nosologique, toutes les espèces de plaies y trouvent leur place naturelle ; chacun des genres ne comprend d'ailleurs que des lésions comparables entre elles et dont la marche clinique se différencie catégoriquement par des caractères de haute importance, c'est-à-dire par les allures de la fièvre traumatique et la marche particulière imprimée au traumatisme par la nature de la région blessée.

En effet, dans le cas de plaie exposée, l'amputation d'un membre par exemple, non traitée antiseptiquement, la fièvre primitive est la fièvre traumatique dite simple; elle ne s'établit en général que le deuxième ou le troisième jour, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard; mais en tout cas, après une hypothermie faible et passagère (1/2 degré), qui dure deux ou trois heures. Après l'opération, la fièvre ne s'allume que peu à peu, la température ne croît que graduellement, pour atteindre son maximum le deuxième ou le troisième jour.

Il est cependant des cas où, peu de temps après le traumatisme, vingt-quatre heures par exemple, la température atteint déjà 39° et même 40° ; l'élévation a été brusque, mais elle n'a pas été immédiate; il s'agit alors d'une fièvre inflammatoire, dont on trouve

1. Voir plus haut, page 98.

l'explication dans une phlegmasie survenue aux environs de la plaie.

Dans les plaies interstitielles, comme la fracture simple de la jambe, sans inflammation du foyer de la fracture ni du voisinage, la fièvre est nulle, le thermomètre oscille entre 37° et 38°, la température locale de la jambe fracturée seule est supérieure de quelques dixièmes de degré à la température de la jambe saine.

Dans le cas de plaie cavitaire, au contraire, la scène change complètement, la fièvre primitive est une fièvre d'inoculation, elle s'allume vive, intense, presque immédiate, et le thermomètre monte dans les douze premières heures, à 39° ou 40°. La brusquerie de l'ascension de la température rappelle alors ce qui se passe dans l'érysipèle et la lymphangite, où l'on voit le thermomètre à 37° le matin et à 39° ou 40° le soir. C'est qu'il y a plus que de l'analogie entre un malade pris d'érysipèle et un blessé atteint d'une plaie cavitaire; il y a identité dans les conditions pathogéniques et dans l'étiologie de la fièvre; l'un et l'autre en effet sont sous le coup d'une intoxication subite et complète. Ce caractère particulier de la fièvre qui accompagne les plaies cavitaires, a été signalé pour la première fois par M. Verneuil, qui y insiste souvent encore. Je propose, pour la fièvre qui naît dans ces conditions, le nom de *fièvre cavitaire*.

Si les plaies externes et les plaies cavitaires donnent naissance à la fièvre traumatique, alors que les plaies interstitielles restent apyrétiques, c'est que les unes sont dans des conditions septiques, tandis que les autres n'y sont pas. Mais pourquoi cette différence dans l'intensité, la vivacité et la rapidité de l'intoxication pyrogène, quand il s'agit d'une plaie cavitaire?

Lorsqu'une théorie est vraie, tous les faits concourent à sa confirmation : tel est le cas de la théorie du poison septique et de la septicémie. L'un des arguments les plus forts en apparence qu'invoquent les adversaires de la théorie des germes, est l'indifférence manifestée par l'économie pour les micro-organismes qui l'habitent. — Le tube digestif, disent-ils, est peuplé de bactéries ou vibrions, qui restent absolument inoffensifs! Cela est vrai, mais prouve uniquement l'imperméabilité des muqueuses saines aux vibrions septiques et la nécessité d'une plaie de ces muqueuses pour créer les conditions de l'infection. D'ailleurs, cette multiplicité des vibrions dans les cavités muqueuses, loin d'infirmer la théorie des germes, en devient une preuve nouvelle, lorsqu'on étudie les phénomènes fébriles caractéristiques des plaies cavitaires.

En effet, une plaie exposée ouvre une porte à l'infection puisée

dans un milieu où le poison est relativement rare; aussi, pour que l'intoxication soit complète, il faut que la putréfaction ait envahi les liquides épanchés à la surface de la plaie; l'infection est graduelle, comme la fièvre qui en est l'expression.

Voici par exemple un malade atteint d'ostéo-arthrite du poignet sans trajet fistuleux et par conséquent sans communication avec l'air atmosphérique. Le foyer pathologique est donc absolument aseptique et dépourvu de germes putrides. Ce malade subit la résection du poignet en mai 1880. M. Verneuil prédit qu'il n'aura pas de fièvre le soir de l'opération, mais seulement le troisième ou le quatrième jour. Le tableau suivant montre comment cette prévision s'est réalisée : la fièvre s'alluma en effet peu à peu, au fur et à mesure que le travail de putréfaction s'établissait à la surface de la plaie; elle cessa le sixième jour, lorsque, l'organisation de la plaie étant complète, l'absorption septique cessa de se faire.

		Matin.	Soir.
Tableau I.	1er jour.....	36°,5	37°,6
	2e »	37,8	38,2
	3e »	38	39,1
	4e »	38	38,5
	5e »	37,5	38,2
	6e »	37,8	37,9
	7e »	37,2	»

Au contraire, une plaie cavitaire crée d'emblée une voie à l'absorption du principe infectieux, soit dans un milieu de culture riche en germes pyrogènes (bouche, tube intestinal, rectum, etc.), soit dans un milieu qui n'attend que les germes de l'air pour les faire pulluler (vessie, péritoine, etc.); en tout cas, la fermentation putride est en puissance, sinon en activité; l'infection complète est brusque, presque instantanée; elle débute et se parfait avec la blessure, à peu près comme la fièvre.

Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit, mais bien un fait clinique dont on peut fournir la preuve, au moins par analogie. La fièvre cavitaire et la fièvre d'inoculation consécutive à toute plaie intéressant un foyer pathologique suppurant et exposé à l'air, ont une marche identique. Si les mêmes causes produisent les mêmes effets, les effets identiques impliquent les mêmes causes; ainsi le veut la logique pure. Or la fièvre d'inoculation a des origines précises; elle survient toutes les fois que l'opération remplit les conditions d'une injection expérimentale de matière septique, c'est-à-dire quand il y a blessure d'un foyer pathologique septique en

communication avec l'air atmosphérique, qui y verse ses germes putrides; elle survient encore dans le cas de blessure faite sur une partie saine avec un instrument chargé de matières septiques.

Si donc la fièvre cavitaire et la fièvre d'inoculation ont les mêmes allures, c'est que l'une et l'autre reconnaissent la même étiologie.

Voici deux tracés : l'un (tableau n° II) est celui d'un malade

		Matin.	Soir.
Tableau II.	1er jour.....	37°,8 (opération)	40°,2
	2e »	38,6	39,4
	3e »	38,4	38,8
	4e »	38,4	39
	5e »	38,5	38,8
	6e »	38,2	38,4
	7e »	38,1	38,2
	8e »	37,8	37,7
	9e »	37,5	»

chez lequel on a fait le débridement de trajets fistuleux, putrides; l'autre (tableau n° III), est celui d'un homme ayant subi la résection du maxillaire supérieur pour une tumeur à myéloplaxes. On voit qu'entre les deux l'analogie est évidente.

		Matin.	Soir.
Tableau III.	1er jour.....	37°5 (opération)	39°,9
	2e »	39,3	38,2
	3e »	38,4	39,2
	4e »	38,2	38
	5e »	38,2	38,2
	6e »	37,6	38,2
	7e »	37	38
	8e »	37,4	38,2
	9e »	37,5	

Dans les deux cas, l'acte opératoire a porté sur des surfaces recouvertes de poison septique ; il y a eu intoxication instantanée par le fait même des incisions ; le soir de l'opération, c'est-à-dire cinq ou six heures après, ascension thermométrique de deux degrés; les précautions antiseptiques rigoureuses qui ont été prises ont seules empêché la continuation de l'intoxication et de la fièvre. S'il avait été possible d'opérer la désinfection préalable et complète du foyer opératoire, on peut affirmer que la fièvre eût été nulle. Cette désinfection préalable, sur laquelle je reviendrai plus loin, est difficile à obtenir ; on y arrive cependant dans certains cas ; alors la fièvre cavitaire manque, et, si la désinfection est continuée, la fièvre traumatique fait également défaut (Voyez plus loin le tableau IV).

On objectera peut-être que la fièvre cavitaire est une fièvre inflammatoire résultant de la phlegmasie des muqueuses intéressées par le traumatisme. La réponse est facile : les signes physiques et les symptômes de cette prétendue phlegmasie n'existent pas ; et, quand par hasard cette dernière existe, la fièvre prend une allure spéciale ; elle est moins précoce et atteint moins vite son maximum. (Voyez plus loin le tableau V).

Outre leur caractère de lésions pratiquées dans un foyer putride ou jouissant d'une aptitude extrême pour la putridité, les plaies cavitaires tirent une spécialité nouvelle de la nature et du rôle physiologique de la cavité blessée.

A ce point de vue, les cavités doivent être divisées en plusieurs catégories, bien indiquées, en 1872, par M. Mouronval (Voir plus haut, p. 110). Ce sont :

1° Les cavités naturelles (bouche, estomac, etc.) ;

2° Les cavités pathologiques (abcès, kystes, etc.) ;

3° Les cavités naturelles devenues pathologiques (abcès articulaire, pleurésie purulente, vessie inflammée, etc.).

L'application de la méthode antiseptique aux cavités pathologiques et aux cavités naturelles devenues pathologiques ne m'occupera pas.

Les plaies des cavités naturelles doivent être subdivisées, au point de vue thérapeutique, en :

1° Plaies cavitaires, où la réunion immédiate s'impose au chirurgien et où le pansement de Lister est applicable : plaies des séreuses par exemple ;

2° Plaies cavitaires, où la réunion immédiate, possible quelquefois, est facultative, et où le pansement de Lister ne peut être appliqué : plaies des cavités muqueuses.

Je m'occuperai uniquement de ces dernières.

Parmi les cavités muqueuses, les unes, organes actifs, sont le siège de sécrétions variées remplissant un rôle physiologique déterminé ; les autres sont des réservoirs naturels ou des canaux excréteurs et renferment des matières excrémentitielles.

Dès qu'une blessure intéresse une cavité muqueuse, les liquides sécrétés ou contenus changent plus ou moins de constitution, par l'effet de l'irritation de la muqueuse blessée, ou par suite de l'accès inusité de l'air dans la cavité.

Toute plaie externe offre, comme matériaux à la putréfaction : du sang, de la lymphe et du pus ; la plaie d'une cavité muqueuse fournit en plus les liquides qu'elle sécrète ou qu'elle contient, liquides

devenant par eux-même une source d'infection pour l'organisme.

S'il s'agit d'une cavité à sécrétion innocente dans l'état physiologique, l'absorption devient nocive par le seul fait de l'altération du produit sécrété. S'il s'agit d'un réservoir, l'absorption des produits excrémentitiels, impossible dans l'état physiologique, devient possible par le fait de la blessure, et imprime à la septicémie une allure spéciale (septicémie urineuse, bilieuse, stercorale). Cependant la putréfaction des liquides sécrétés ou contenus n'est pas une conséquence fatale du traumatisme, mais seulement une complication; les procédés de pansement jouissent pour la prévenir d'une efficacité non douteuse.

Au point de vue de l'absorption et de la putréfaction, la plaie d'une cavité muqueuse comprend deux portions distinctes :

1° L'une non saignante, constituée par la cavité elle-même, réservoir ou foyer de sécrétion; l'absorption y est nulle ou à peu près, la putréfaction y trouve un milieu de culture tout préparé ;

2° L'autre saignante, où la putréfaction n'est pas plus active que dans une plaie ordinaire, mais qui, baignée par les liquides de la cavité, les absorbe ainsi que les produits de leur putréfaction.

Cette deuxième portion peut ne pas communiquer avec l'air extérieur : il en est ainsi pour les plaies de la vessie consécutives aux fractures du pubis sans blessure de la peau. Elle peut communiquer avec l'air extérieur uniquement par l'intermédiaire de l'orifice naturel de la cavité : plaies de la cavité buccale, plaies de l'uréthrotomie interne. Elle peut mettre la cavité en communication directe avec l'extérieur par l'intermédiaire d'une plaie cutanée : plaie de la rectotomie linéaire, de la taille. Elle peut enfin mettre en communication deux cavités voisines : plaie de la cloison vésico-vaginale.

Toutes ces considérations ont une importance pratique, dont le chirurgien devra tenir compte dans le choix des procédés opératoires ou des pansements. S'il opère, il s'efforcera de supprimer la portion saignante et absorbante; s'il panse, il désinfectera le mieux possible la première portion, réservoir de matières putréfiables où s'élaborent les produits septiques. La production de plaies n'absorbant pas et la désinfection des cavités sont donc les deux indications qui doivent guider dans la cure antiseptique d'une plaie cavitaire.

Production de plaies n'absorbant pas les matières septiques. — Toute plaie fraîche, faite par un instrument tranchant, absorbe les liquides qui la baignent et les particules solides que ces liquides

contiennent, non seulement par endosmose, mais par résorption à travers les orifices des vaisseaux béants [1]. Les principes septiques, pyrogènes et phlogogènes, étant moléculaires [2], toute plaie cavitaire faite avec un instrument tranchant sera capable d'infection.

Toute plaie organisée, c'est-à-dire pourvue de granulations saines, peut absorber par endosmose, mais non pas par résorption; elle n'absorbe donc que les liquides et les substances dissoutes; or, comme il est reconnu de tout le monde, même des adversaires de la théorie des germes, qu'une plaie organisée met à l'abri de l'infection septicémique, il s'ensuit que le desideratum à poursuivre, au sujet des plaies cavitaires opératoires, est la production immédiate d'une plaie organisée ou d'une plaie qui soit dans des conditions physiques identiques à celles d'une plaie organisée : telles sont les plaies faites par le fer rouge.

Ce n'est certes pas là une nouveauté. L'innocuité des plaies consécutives à la cautérisation est en effet reconnue depuis fort longtemps. Marc-Aurèle Séverin (1668) [3] et Percy (1811) [4], entre autres, avaient déjà relaté à ce sujet un grand nombre de faits

1. Voyez pour plus de détails à ce sujet mon livre sur l'*Infection purulente*, Paris, 1880, p. 44 et 55.

2. Voyez *ibidem*, p. 333, 416, 424, 433 et 507.

L'existence d'alcaloïdes cadavériques ou ptomaines, démontrée par de récents travaux italiens (Selmi, de Bologne) et confirmée par les recherches de MM. Brouardel et Boutmy (Association française pour l'avancement des sciences, session de 1880, Reims, séance du 18 août), quelqu'importante qu'elle soit, ne modifie pas l'opinion que j'ai exprimée ailleurs en conclusion de recherches historiques sur la nature du poison septique, et cela pour les raisons suivantes : 1° Les ptomaines sont à l'état de dissolution; or toute substance soluble, mise à la surface d'une plaie granuleuse, est continuellement absorbée; par conséquent, tout blessé porteur d'une plaie suppurante, exposée à l'air et non traitée antiseptiquement, devrait être atteint de septicémie, si le poison septique était un ptomaine soluble. 2° L'observation et l'expérimentation ont montré que l'explosion des accidents septicémiques est toujours précédée soit d'une blessure, même minime, de la surface granuleuse, d'où résulte l'inoculation ou la résorption du poison, soit d'une maladie de la membrane granuleuse, qui crée de nombreuses brèches dans le rempart opposé par cette membrane au passage du poison dans la circulation.

En un mot, la membrane granuleuse saine et intacte est un filtre qui laisse continuellement passer toutes les substances solubles et qui reste infranchissable pour le poison septique, par conséquent le poison septique est insoluble et moléculaire. Il ne s'ensuit pas d'ailleurs que les ptomaines ne puissent être formés dans l'organisme aux dépens ou par l'action des germes septiques inoculés.

3. Marc-Aurèle Séverin, *Chirurgie efficace : La pyrotechnie chirurgique*, 1668, livre I, p. 319-330.

4. Percy, *Pyrotechnie chirurgicale pratique*, 1811, p. 110 à 148 et *passim*.

probants. Plus tard, Bonnet de Lyon, en 1843 [1], rassembla de nouvelles preuves et cita des expériences faites en collaboration avec Rey. Quelque temps après, en 1855 [2], après avoir insisté sur la justesse des préceptes tant de fois renouvelés par les auteurs anciens au sujet de la cautérisation, il revint encore sur l'utilité de cette méthode et s'efforça d'en expliquer la bénignité.

Il rapportait l'infection purulente et tous les accidents des plaies à trois facteurs [3].

1° La pénétration dans le sang des globules de pus de la plaie ;

2° L'absorption des produits putrides de la plaie ;

3° L'abaissement de la calorification locale et générale.

Il considéra dès lors :

1° Que « sous l'influence des cautères actuels et potentiels, l'oblitération de tous les vaisseaux par lesquels pourraient pénétrer les globules purulents précède la production du pus » ; si bien que, lorsque la cautérisation n'est pas complète, que la solution de continuité ressemble à celle que produit l'instrument tranchant, qu'elle saigne et reste humide, l'oblitération n'est pas effectuée et l'innocuité n'est pas obtenue ;

2° Que la résorption des liquides putrides et les accidents qui la caractérisent ne se manifestent pas non plus. La raison en serait, non pas la difficulté plus grande de l'absorption à la surface des plaies cautérisées, mais bien la moindre putridité des matières qui baignent cette surface.

Bonnet appuyait cette conclusion sur ses expériences de 1843, consistant à arroser avec une solution de strychnine tantôt des plaies récentes par instrument tranchant, tantôt des plaies succédant à la chute d'eschares produites par cautérisation. La mort survint en trois heures dans le premier cas, en une heure et demie dans le second, ce qui semblait prouver que la plaie organisée absorbait plus vite que la plaie fraîche.

Cette conclusion était fausse ; elle s'appuyait d'ailleurs sur une pétition de principe, admettant une similitude entre la strychnine soluble et le poison septique, qui est moléculaire. Comment conce-

1. Bonnet de Lyon, *Mémoire sur la cautérisation considérée surtout comme moyen de prévenir et de guérir la phlébite et l'infection purulente* (*Gaz. méd. de Paris*, 1843, p. 231, 252 et 279).

2. Bonnet de Lyon, *Mémoire sur la nature et le traitement de l'infection purulente*; 2e partie : *De la cautérisation considérée comme méthode préventive de l'infection purulente* (*Gaz. méd. de Lyon*, 1855, p. 26).

3. Bonnet, *ibidem*, *Gaz. méd. de Lyon*, 1855, p. 2 et 27.

voir au surplus la putridité moindre du pus et des liquides sécrétés par telles ou telles plaies placées dans des conditions identiques?

En tout cas, c'était non seulement une méthode curative, mais une méthode préventive que préconisait le maître lyonnais.

C'est, en effet, comme méthode préventive que la diérèse au fer rouge et au thermo-cautère doit être adoptée pour les opérations dans les cavités muqueuses, parce que les plaies qui en résultent sont aseptiques, et n'absorbent que peu ou pas les matières toxiques. D'où les conclusions suivantes :

1° Une plaie faite au fer rouge ne présente aucun vaisseau ouvert à sa surface.

2° Elle est recouverte d'une eschare protectrice composée de matières organiques carbonisées, lesquelles ne sont plus aptes à la putréfaction.

3° L'eschare non putréfiable constitue pour les germes infectants un rempart ou un filtre sinon impénétrable, du moins assez résistant.

4° Lorsque l'eschare arrive à être imbibée de liquides et à perdre ses propriétés primitives, la plaie a eu le temps de s'organiser, et un nouveau rempart, infranchissable cette fois, s'est élevé entre les germes infectants et l'organisme.

Il ne faut pas croire d'ailleurs que la protection, dans les plaies faites au fer rouge, soit absolue ; l'eschare n'est pas impénétrable, elle peut se ramollir et s'imbiber de liquides putréfiables, avant l'organisation complète de la plaie. Il est donc nécessaire, même en pareil cas, de recourir aux procédés de la méthode antiseptique. L'emploi des antiseptiques, sur une plaie faite au thermo-cautère, aboutit même à un phénomène intéressant, que j'ai maintes fois observé chez M. Verneuil : il retarde manifestement la chute des eschares [1], ce qui est un avantage. En effet, si l'eschare est longue à se détacher, c'est qu'elle ne se putréfie pas ; dès lors, non seulement la plaie a plus de temps pour s'organiser ; mais une fois organisée, elle est préservée du contact toujours dangereux de l'eschare putréfiée et septique.

Une objection a été faite à la diérèse au fer rouge. D'après plusieurs auteurs, l'élimination des eschares s'accompagnerait toujours d'une fièvre traumatique ou plutôt d'une fièvre inflammatoire ardente et vive. Je n'ai jamais rien vu de semblable ; j'ai même observé plusieurs cas d'opérations pratiquées au thermo-cautère dans des

1. Nussbaum l'a constaté aussi : *Le pansement antiseptique*, etc., trad. du Dr de La Harpe, Paris, 1880, p. 83.

cavités, sans application consécutive de pansements antiseptiques, où la fièvre a été absolument nulle.

Le fer rouge, le thermo-cautère ou l'anse galvanique sont les meilleurs procédés de diérèse antiseptique, mais ce ne sont pas les seuls; on pourra employer également l'écraseur ou la ligature élastique, qui sectionnent les tissus en détruisant et oblitérant les vaisseaux par lesquels pourrait s'effectuer l'absorption toxique, mais qui ont le désavantage de donner des eschares plus facilement putréfiables, puisqu'elles ne sont pas carbonisées. La ligature simple ou combinée avec la traction exercée sur ses chefs par un anneau de caoutchouc [1], a l'inconvénient de donner souvent une eschare étendue et capable de se putréfier. L'emploi des antiseptiques pallie, à la vérité, ce désavantage; mais il vaudra toujours mieux ne pas s'exposer à un danger que de le braver sans nécessité.

Désinfection dans les plaies des cavités muqueuses. — La méthode antiseptique rencontre ici une première difficulté. En effet, toutes les muqueuses absorbant plus ou moins rapidement les solutions salines et les liquides antiseptiques, il en peut résulter une intoxication. La muqueuse vésicale saine fait exception; mais, dès qu'elle devient malade, elle rentre dans la loi commune. D'autre part, on ne peut appliquer dans la bouche, le rectum et même le vagin, des pièces de pansement telles que la mousseline ou la gaze phéniquée, le lint antiseptique, la ouate salicylique, la pommade borique, etc., qui constituent le matériel ordinaire du pansement antiseptique des plaies exposées. A quels procédés faudra-t-il avoir recours [2]?

De l'intoxication consécutive à l'emploi des antiseptiques dans les plaies des cavités muqueuses. — On a signalé plusieurs faits d'intoxication par l'acide phénique appliqué sur des plaies externes. Billroth [3] (1879), en rapporte 9 observations dont 5 avec issue fatale; Nussbaum (1880) [4] et M. Lucas-Championnière (1880) [5] ont également écrit d'excellents chapitres sur ce sujet, à propos duquel

1. Périer, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 11 juin 1880, p. 380.
2. Guéniot, *Ibidem*, p. 388.
3. Billroth, *Chirurgische Klinik, Wien*, 1871-76, Berlin, 1879, *Carbolintoxication*, p. 39.
4. Nussbaum, *Le pansement antiseptique*, trad. du Dr de la Harpe. p. 158.
5. Lucas-Championnière, *Chirurgie antiseptique*, 1880, p. 248.

M. Inglessi a soutenu sa thèse en 1879[1]. Mais si, dans les plaies cavitaires, l'empoisonnement par l'acide phénique est indubitablement à craindre, c'est un accident rare. J'en ai observé un cas dans le service de M. Verneuil. En voici l'observation, communiquée à la Société clinique par M. Weiss, interne du service, et insérée dans la thèse de M. Inglessi, page 46[2].

Une femme de quarante ans environ entra à l'hopital de la Pitié le 10 juin 1879 pour un rétrécissement du rectum probablement de nature syphilitique. La santé générale était assez bonne et rien ne contre-indiquait une tentative opératoire. Après quelques jours de repos, on fit le 18 juin la rectotomie linéaire. Comme de coutume, on avait administré la veille un purgatif, puis fait prendre un lavement le matin, et enfin, avant l'opération, on avait désinfecté le rectum avec des injections réitérées d'eau phéniquée à 2 pour 100.

L'opération terminée, M. Verneuil, guidé par ses idées théoriques sur les plaies cavitaires et dans le but de désinfecter le foyer traumatique, fixa une sonde de caoutchouc rouge à la marge de l'anus et pratiqua à son aide une injection phéniquée dont une partie seulement ressortit par l'orifice anal ; comme la sonde remontait assez haut dans le rectum, on espérait ainsi obtenir un écoulement lent du liquide antiseptique injecté et empêcher ainsi l'infection de la plaie rectale.

L'anesthésie avait été facile; pourtant la malade ne fut tirée qu'avec peine du sommeil chloroformique ; elle finit par se réveiller et répondre aux questions, mais, reportée dans son lit, elle ne tarda pas à se rendormir.

Une heure après l'opération, nouvelle injection phéniquée à 2 pour 100, pratiquée par la sonde et qui, comme la première, n'est rendue qu'en partie. A ce moment, la malade présentait déjà une somnolence singulière, dont aucune excitation ne pouvait la tirer.

Vers deux heures de l'après-midi, la sœur du service, constatant un affaiblissement progressif, fit mander l'interne de garde, qui trouva la patiente sans pouls, l'œil éteint, ne respirant plus, si bien qu'il crut qu'elle avait succombé. N'ayant pas de renseignements précis, il pensa à des accidents chloroformiques et mit en usage tous les moyens usités en pareil cas : frictions énergiques, respiration artificielle, galvanisation du diaphragme.

1. Inglessi, *De l'intoxication par l'acide phénique*. Thèse de Paris, 4 août 1879.
2. Verneuil, *Clinique orale de la Pitié*, 20 juin 1879. — Cette observation constitue le thème principal de la thèse de M. Inglessi.

Ces manœuvres réussirent, la respiration reparut, le pouls se releva, et au bout d'une heure la malade, revenant à elle, fut prise de vomissements alimentaires qui amenèrent du soulagement. Mais vers quatre heures, elle retombait dans le même état syncopal dont tous les efforts ne purent la retirer. A six heures, M. Weiss, interne du service, la trouva dans un coma complet, interrompu de temps à autre par des cris rauques et inarticulés.

Extrémités froides, face pâle, température à 31,1 ; pouls précipité, presque imperceptible, respiration irrégulière et rare; par moments, mouvements convulsifs et spasmes diaphragmatiques. M. Weiss, sans porter de diagnostic précis, fit une injection sous-cutanée d'éther, administra une potion à l'acétate d'ammoniaque et chercha à rappeler la chaleur.

Au bout d'un quart d'heure, vomissements bilieux répétés, suivis d'une amélioration très marquée. A huit heures du soir, la malade, ayant repris connaissance, répondait aux questions ; température, 36,2; respiration à peu près normale. L'état néanmoins restait inquiétant et le repos de la nuit fut continuellement troublé par des vomissements bilieux.

Le lendemain matin, 19, grande faiblesse, vomissements persistants ; toutefois, état meilleur, pouls à 85, température 37.3. Impossibilité d'avoir de l'urine. M. Verneuil, en analysant les accidents, rejeta l'idée d'une intoxication par le chloroforme, et attribua les accidents à l'absorption de l'acide phénique par la muqueuse rectale. Les urines, dès qu'on put s'en procurer, présentèrent la coloration brune caractéristique.

Le 20 juin, état satisfaisant ; nuit bonne; température 37; pouls, 76; anorexie, lourdeur de tête, bourdonnements d'oreilles; quelques selles diarrhéiques; les urines, bourbeuses, ont perdu la coloration noire. Les jours suivants, les phénomènes se dissipent progressivement. Les suites de l'opération furent fort simples, et la fièvre traumatique très modérée.

Volkmann (1878)[1], dans son travail sur l'extirpation du rectum, déclare préférer le salicylate de soude à l'acide phénique, « parce que l'usage d'une solution même faible d'acide phénique détermine rapidement des symptômes d'intoxication. » Il ne relate aucune observation confirmative.

Nussbaum (1880)[2], dans le chapitre qu'il consacre à l'intoxication

1. Volkmann, *Ueber den Mastdarmkrebs und die Extirpatio Recti* (*Sammlung klinischer Vorträge*, 1878, Abth. V, n° 131, p. 1121).
2. Nussbaum, *Le pansement antiseptique*, p. 161, 163, 166.

phéniquée, « estime aussi dangereuse que l'injection intra-veineuse l'irrigation forcée des plaies cavitaires récentes avec l'acide phénique. Dans ces conditions, dit-il, il peut arriver facilement que le poison soit poussé dans une veine béante. » Il relate même un exemple d'intoxication phéniquée dans un cas d'extirpation du rectum pour un cancer annulaire de six centimètres de hauteur. L'opération avait été faite au bistouri, et le bout supérieur de l'intestin avait été fixé à l'incision cutanée par 18 points de suture. Une couronne de drains fut disposée autour de l'intestin abaissé, et c'est à travers ces drains, dans la plaie saignante et non dans le rectum lui-même, que furent poussées des injections phéniquées, qui ne ressortirent pas ou ressortirent mal; il s'ensuivit une intoxication mortelle.

C'est autour du rectum abaissé et suturé à la peau, et non dans l'intestin lui-même, que Volkmann et Nussbaum ont fait des injections antiseptiques. Il ne s'agit donc pas d'injections dans des cavités muqueuses, et les observations des deux auteurs allemands n'ont trait qu'indirectement au sujet qui nous occupe.

Nussbaum fait d'ailleurs jouer un rôle capital à la prédisposition individuelle et au hasard dans l'intoxication phéniquée. Considérant la quantité de cas d'ovariotomie où il a largement arrosé la cavité péritonéale avec de l'eau phéniquée, sans qu'aucun accident soit survenu, et d'autre part la puissance d'absorption du péritoine, il conclut, d'après son expérience actuelle, « qu'un heureux hasard a préservé de cette méthode d'opérer des malades prédisposés à l'intoxication phéniquée [1]. »

M. Lucas-Championnière [2] se contente de dire : « Il y a évidemment quelques susceptibilités individuelles; j'en ai observé de remarquables. Mais on rencontre constamment les cas d'intoxication lors de l'injection dans les cavités absorbantes, quand le retour du liquide n'était pas assuré. » Il constate en outre que « les faits mortels appartiennent à des cas dans lesquels on avait fait des injections de solutions fortes dans le tissu cellulaire prérectal »; mais il ne parle pas d'injections dans le rectum lui-même. Il est d'ailleurs

1. Il ne faut pas oublier que bon nombre de chirurgiens allemands, qui ne tiennent point compte des contre-indications et opèrent à tort et à travers, trouvent commode d'attribuer leurs revers à des circonstances accessoires plus ou moins insignifiantes. Pendant un certain temps ils ont chargé l'acide phénique de tous les péchés d'Israël; un peu plus tard, l'iodoforme a endossé la responsabilité des insuccès. En examinant avec soin les causes de la mort, on reconnaît bien souvent que le topique employé n'a joué aucun rôle. — A. V. 1883.

2. Lucas-Championnière, *Chirurgie antiseptique*, 1880, ch. xxx, p. 249.

porté à croire que l'acide phénique doit en grande partie sa toxicité aux impuretés qu'il contient.

Sans avoir grande foi dans la prédisposition individuelle et surtout sans rien accorder au hasard, je crois que, dans les plaies cavitaires au moins, l'intoxication est à craindre à la suite d'injections phéniquées, lorsque le retour du liquide se fait mal ou ne se fait pas. La faute incombe alors uniquement au chirurgien. La rétention du liquide est sans doute la cause unique de l'intoxication, qui se produit aussi facilement avec des solutions faibles qu'avec des solutions fortes. Ces dernières ne sont même pas aussi dangereuses qu'on serait tenté de le croire : car l'action caustique et coagulante qu'elles exercent sur les tissus muqueux ou autres et sur les liquides albumineux, en modifie les qualités physiques et la puissance endosmotique. L'expérience clinique plaide en faveur de cette assertion paradoxale. Ainsi s'expliqueraient les cas d'ovariotomie où la toilette du péritoine est faite avec de l'eau phéniquée qui rougit et ride l'intestin : ainsi encore l'innocuité des irrigations antiseptiques des cavités séreuses articulaires et les injections vaginales avec des solutions à 1 pour 50 et même quelquefois à 1 pour 20.

Quoi qu'il en soit, l'intoxication phéniquée n'est pas également à craindre dans toutes les plaies cavitaires. Dans les cavités muqueuses de l'appareil intestinal, par exemple, qui jouissent physiologiquement d'une puissance d'absorption toute particulière, l'intoxication menace davantage; or, rien n'oblige à s'y exposer, puisque la chirurgie possède d'autres agents antiseptiques très efficaces; il sera donc bon de n'employer l'acide phénique, dans le pansement des plaies de ces cavités, que faute de mieux.

Au contraire, dans les cavités vésicale, vaginale et même utérine, dont les muqueuses sont à peu près imperméables, on pourra sans frayeur pratiquer des irrigations phéniquées, mais en ayant toujours soin d'assurer le retour du liquide injecté.

Il ne faut d'ailleurs pas s'exagérer le danger de l'absorption d'une certaine quantité d'acide phénique. Lorsqu'on a affaire à des plaies aussi septiques que certaines plaies cavitaires, la désinfection ne suffit pas; il est même rare qu'on l'obtienne complètement et qu'on évite l'absorption d'une certaine quantité de principes toxiques, au moins dans les premiers jours. Il faut donc alors poursuivre les germes pyrogènes, non seulement dans le foyer traumatique, mais aussi dans le sang lui-même. Il est par conséquent utile que l'opéré absorbe une certaine dose d'antiseptique et subisse un premier degré sinon d'intoxication, du moins d'imbibition. C'est

pourquoi M. Verneuil recherche, loin de l'éviter et de s'en effrayer, la coloration brun-verdâtre de l'urine chez ses opérés, comme preuve de l'absorption et en même temps de l'élimination de l'acide phénique.

L'anurie étant un des signes de l'intoxication confirmée, on restera convaincu que la coloration brun-verdâtre des urines (rendues en quantité normale), loin d'entraîner un pronostic fâcheux, démontre au contraire que l'économie se débarrasse de l'antiseptique absorbé. Néanmoins, pour obtenir le même résultat sans dépasser le but, il est bon d'employer dans les cavités intestinales un antiseptique dont l'absorption, même en excès, soit à peu près innocente : tels sont le salicylate de soude, l'acide thymique, l'acide borique et surtout le choral.

L'acide salicylique, préconisé par Thiersch [1], n'aurait pas de propriétés toxiques. Il s'emploie en solution dans l'eau, à la dose de 1 pour 300; mais de l'aveu même de Thiersch, il provoque des éternûments, de la toux et jouit pour les mains et par conséquent pour les muqueuses de propriétés très irritantes, qui en rendent l'usage fort difficile pour la désinfection des cavités muqueuses.

L'acide thymique, pour lequel Billroth a de la prédilection [2], est insoluble ou à peu près dans l'eau; il est irritant; il n'est pas antiseptique ; il est fort coûteux. Employé en solution dans l'alcool, il est très inférieur à l'alcool camphré.

L'acide borique n'est ni caustique, ni irritant, ni odorant; son défaut serait, d'après M. Lucas-Championnière[3], de n'avoir pas d'action topique et de ne pas modifier assez puissamment les substances fermentescibles. Quoiqu'il en soit, il a donné de bons résultats dans les plaies cavitaires. Il s'emploie en solution à 4 pour 100.

Le chloral joint à l'action antiseptique des propriétés calmantes d'une utilité considérable dans certains cas. Avec ce dernier agent, employé en injections à 1 pour 100, à la dose de 200 grammes toutes les deux heures, dans un cas de la plus haute gravité (laparotomie et rectotomie), j'ai vu les effets d'une antisepsie complète de la cavité rectale se combiner de la façon la plus heureuse avec

1. Thiersch, *Klinische Ergebnisse der Lister'schen Wundbehandlung und über den Ersatz der Carbolsäure durch Salicylsäure* (*Sammlung klinischer Vorträge von R. Volkmann*, nos 84 und 85, Chir. n° 28, 1875, B. I, S. 637, p. 655-656).

2. Billroth, *Chirurgische Klinik*, 1879, S. 28 et suivantes.

3. Lucas-Championnière, *Chirurgie antiseptique*, 1880, p. 280.

une intoxication très évidente, pour aboutir à une apyrexie absolue et à un calme parfait de l'opéré [1].

Des procédés de la méthode antiseptique dans le pansement des plaies cavitaires. — Ils sont de deux sortes.

A. Injections ou pulvérisations dirigées dans la cavité muqueuse : procédés immédiats,

B. Pièces de pansement appliquées sur l'orifice naturel de la cavité, ou sur l'orifice cutané de la portion saignante de la plaie : procédés médiats.

Injections. — Le procédé immédiat par excellence consiste à pousser dans la cavité blessée une injection antiseptique abondante, qui nettoie la cavité et y détruise sur place tous les principes infectieux. Les injections sont permanentes et répétées.

Théoriquement, les injections ou irrigations, permanentes ou continues, sont à préférer; mais, outre que la pratique en est souvent impossible, elles ne sont en réalité pas indispensables. Volkmann [2] les conseille et les emploie consécutivement à l'extirpation du rectum; mais comme il ne relate aucune observation, il est impossible de comparer leurs effets à ceux des injections répétées, pratiquées par M. Verneuil. C'est d'ailleurs, comme nous l'avons dit plus haut, hors du rectum que Volkmann dirige ses irrigations.

En tout cas, les injections permanentes ont le grand inconvénient d'exiger un matériel spécial : il faut installer près de l'opéré soit un gros irrigateur, soit un siphon; pour ne pas inonder le lit, il faut coucher l'opéré sur un châssis élevé ou sur un matelas garni de toile cirée. Ce sont là des complications inutiles, surtout lorsque l'on dispose du personnel nécessaire pour faire les injections répétées. Si ce personnel fait défaut, ce qui est bien rare, puisqu'il suffit d'une seule garde-malade, on pourra recourir aux irrigations permanentes. On prendra alors toutes les précautions nécessaires pour éviter l'inondation du lit et surtout pour assurer l'évacuation facile du liquide injecté. L'écoulement de la solution antiseptique à 1 pour 100 ou 200 sera réglé de façon que l'irrigation se fasse goutte à goutte. En tout cas, on est prévenu que, par ce procédé, la cavité se trouve constamment baignée par

1. On lira plus loin cette observation à propos des opérations sur le rectum.
2. R. Volkmann, *Ueber den Mastdarmkrebs*, p. 1120.

l'antiseptique et que, par conséquent, si la désinfection est plus complète, l'intoxication est aussi plus rapide et plus facile.

L'irrigation permanente est absolument impraticable dans les cavités digestives supérieures et les cavités respiratoires.

Les injections répétées sont d'un maniement commode et simple ; une seringue quelconque ou un irrigateur ordinaire, plus un bassin, sont les seuls instruments nécessaires. Elles doivent être pratiquées en moyenne toutes les deux heures à la dose de 100 à 200 grammes d'une solution antiseptique, plus ou moins concentrée suivant la septicité du foyer morbide.

Le retour du liquide sera assuré de la façon suivante : un gros tube à drainage, ou une grosse sonde en caoutchouc rouge, sera préalablement introduit dans la cavité et fixé soit aux lèvres de la plaie par un point de suture, soit à l'orifice naturel de la cavité, en profitant des poils dont il peut être bordé. Il sera quelquefois bon de fixer deux tubes de longueur inégale ; l'un, pénétrant dans la profondeur de la cavité, servira à pousser l'injection ; le second, allant moins loin, assurera la sortie du liquide injecté et des fluides organiques qu'il entraîne. Les drains placés dans la plaie pourront être employés dans le même but. En tout cas, les injections seront faites régulièrement et poussées avec douceur : on prendra grand soin d'éviter toute déchirure des granulations de la plaie ; on veillera à la sortie facile du liquide injecté.

L'efficacité des injections ne saurait être discutée. Elles n'offrent réellement de dangers que lorsque, faites avec brutalité, elles peuvent faire saigner la plaie et ouvrir une voie à l'absorption des principes infectieux.

Pulvérisations. — Elles constituent un excellent procédé immédiat de désinfection, non seulement de la portion saignante, mais aussi de la portion non saignante des plaies cavitaires ; mais elles ne sont évidemment utilisables que lorsque la première est exposée, ou lorsque la cavité communique avec l'extérieur par un orifice largement ouvert.

On les pratique avec un pulvérisateur quelconque, même avec la chaudière de Lister ou de M. Lucas-Championnière. Tous les pulvérisateurs sont bons ; mais les plus simples sont les meilleurs : ceux dont le tube est en verre ont l'avantage du bon marché et du nettoyage facile, mais ils ont l'inconvénient de la fragilité : le modèle Collin se débouchant automatiquement est préférable.

L'instrument doit être chargé d'une solution antiseptique à

1 ou 2 pour 100 et même à 1 pour 20, et la pulvérisation doit être dirigée, directemen tet à courte distance, sur la plaie et la cavité.

L'efficacité des pulvérisations a été contestée dans le pansement de Lister par M. Perrin (1879)[1].

Je ferai remarquer que les pulvérisations ne sont pas employées seulement pour rendre l'atmosphère antiseptique autour de la région malade. Elles sont destinées à répandre à la surface de la plaie une fine poussière antiseptique qui pénètre tous les recoins de la cavité et de la surface saignante : elles poursuivent le même but que les pulvérisations pharyngo-laryngiennes.

Il faut encore ajouter que les pulvérisations produisent non seulement l'antisepsie, mais aussi l'anesthésie, surtout quand on les fait avec l'acide phénique[2], avantage qui n'est pas à négliger. Cet effet anesthésique est démontré par la clinique, car les phénomènes douloureux font presque toujours défaut chez les malades soumis aux pulvérisations.

Quant à l'effet antiseptique, sans parler ici de la marche de la fièvre, de l'absence d'odeur fétide de la plaie, en un mot de toutes les preuves cliniques, je rappellerai les expériences de MM. Gosselin et Alb. Bergeron[3], qui le mettent absolument en évidence. « Trois cupules, disent ces auteurs, contenant 20 grammes de sang humain, ont été soumises à la pulvérisation phéniquée au vingtième, une fois par jour pendant un quart d'heure; au trentième jour, nous n'avons aucune altération putride, et nous croyons qu'il n'en viendra pas, car le sang de ces cupules présente à sa surface la coloration jaunâtre, et, dans toute son épaisseur, l'absence de globules et les masses granuleuses, qui pour nous sont les indices de l'imputrescence. »

Les injections et les pulvérisations phéniquées seront sans doute accusées par les adversaires de la méthode antiseptique, et même par les partisans exclusifs du pansement de Lister, d'avoir pour conséquence l'irritation de la plaie. C'est une accusation sans fondement, contre laquelle on ne saurait trop protester. L'acide phénique, loin d'être irritant, est le meilleur des antiphlogistiques, comme il est, et parce qu'il est, le meilleur des antiseptiques. Il

1. M. Perrin. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 12 février 1879, p. 153.
2. Lucas-Championnière, *Chirurgie antiseptique*, 1880, ch. XXXI, p. 257.
3. Gosselin et Alb. Bergeron, *Études sur les effets et le mode d'action des substances employées dans les pansements antiseptiques* (*C. R. de l'Académie des sciences*, 29 septembre 1879, 4e série d'expériences, p. 567-568).

détruit aussi bien l'agent pyrogène que l'agent phlogogène [1]. On objectera peut être les faits d'érythème et d'eczéma phéniqué. Ils sont indéniables, mais facilement expliqués par l'usage de solutions trop fortes ou contenant en suspension des globules d'acide phénique, qui cautérisent et irritent les tissus. L'emploi de solutions suffisamment alcoolisées (deux ou trois fois autant d'alcool que d'acide phénique) met à l'abri de ces accidents.

Les procédés médiats comprennent les applications faites sur l'orifice naturel de la cavité, sur l'orifice cutané de la plaie. Il n'en est pas de spéciaux pour les plaies cavitaires : les pièces du pansement de Lister, ou de tout autre pansement antiseptique, devront être adaptées à la région blessée. Je n'ai rien à dire ici de ces procédés, si ce n'est pour en discuter l'efficacité dans les plaies cavitaires, où ils sont véritablement appliqués à distance, n'ayant que peu ou pas de contact direct avec le foyer à désinfecter.

La question de l'action des antiseptiques à distance a été d'ailleurs résolue par MM. Gosselin et Alb. Bergeron [2]. Du sang frais de chien fut versé en couche d'un centimètre d'épaisseur dans des cupules hautes de $0^{m},04$ sur $0^{m},12$ de diamètre ; on avait, sur leur ouverture, placé un morceau de tarlatane sèche à mailles larges, pliée en quatre, ou de gaze phéniquée de Lister, ou de tarlatane imbibée d'alcool à 87°, camphré ou non, ou d'eau phéniquée à différents degrés. Les linges imbibés et la gaze sèche étaient renouvelés tous les deux jours. L'action antiseptique de l'alcool et de l'acide phénique fut évidente et d'autant plus complète que le liquide antiseptique était plus concentré.

Donc, nul doute sur l'utilité des procédés médiats de pansement antiseptique des plaies cavitaires ; mais, nulle illusion sur leur insuffisance ; une cavité muqueuse, ayant un orifice profond sur lequel aucune pièce de pansement ne peut être appliquée, n'offre en effet qu'une ressemblance éloignée avec une cupule dont l'ouverture unique est fermée par un linge phéniqué. L'observation suivante, empruntée à M. L.-G. Richelot, montre clairement l'insuffisance du pansement de Lister appliqué sur la plaie cutanée, et l'efficacité des injections antiseptiques pratiquées même tardivement.

1. Voyez mon ouvrage sur *l'infection purulente*, Paris, 1880, p. 316, 335 et 507.

2. Gosselin et Alb. Bergeron, *C. R. de l'Académie des sciences*, 29 septembre 1879, 3e série d'expériences, p. 566.

Résection partielle du maxillaire inférieur [1].

Jeune fille de treize ans et demi, portant au côté droit du maxillaire inférieur un sarcome à myéloplaxes. Le 26 juillet 1879, ablation de toute la portion du maxillaire inférieur comprise entre la canine du côté droit et une ligne transversale passant à quelques millimètres au-dessous de l'échancrure sigmoïde. Sur la joue, pansement de Lister. Plaie buccale et plaie de la joue suturées. « De cette façon, dit M. Richelot, le foyer traumatique était séparé de la cavité buccale et préservé autant que possible contre l'accès des liquides contenus dans cette cavité ; mais la séparation n'avait rien d'absolu et l'air venait aisément par la bouche au contact de la suture profonde. Le pansement de Lister n'avait d'autre but que de favoriser la réunion immédiate de la plaie cutanée, de rendre ainsi la cicatrice moins apparente et de modérer autant que possible la suppuration. » Celle-ci fut peu abondante. La plaie de la joue se réunit par première intention. Mais, le 31 juillet et 1er août, il y eut un peu de fétidité et de fièvre. On pratiqua seulement alors des injections phéniquées par le drain, et non dans la bouche par conséquent. La fétidité du pus et la fièvre disparurent, mais une étroite communication du foyer avec la cavité buccale fut constatée. D'ailleurs la fièvre s'alluma de nouveau le 5 août ; le 6, parut un érysipèle qui resta bénin. On fit alors des injections et des lavages phéniqués dans la bouche elle-même ; cette fois, la fièvre cessa rapidement. La suppuration était tarie le 18 août. Guérison complète le 27.

De la désinfection préalable des cavités muqueuses. — Étant données les conditions spéciales de septicité des plaies cavitaires, on se demande s'il n'y a pas utilité à prendre des précautions avant les opérations, pour donner au foyer opératoire les conditions d'asepticité que l'on cherche dans le cas de plaie externe.

L'opportunité des tentatives de désinfection préalable des cavités muqueuses ne saurait être discutée. Le seul reproche dont elles soient passibles est leur inefficacité. Elles n'ont réellement pas d'inconvénient, et peuvent avoir des avantages.

Il faut tenir compte d'abord de la lésion qui nécessite l'intervention chirurgicale. S'il s'agit d'une tumeur ulcérée et creusée d'anfractuosités sanieuses et suppurantes, il n'y a guère à espérer d'en obtenir la désinfection par quelque procédé que ce soit. Évidem-

1. L.-G. Richelot, *Note sur les résultats du pansement de Lister* (*Union médicale*, 10 avril 1880, n° 43, p. 549).

ment, si la tumeur est très abordable, on pourra la toucher tous les jours, quelque temps avant l'opération, avec un antiseptique puissant (acide chromique, solution de chlorure de zinc à 8 pour 100 et même à 10 pour 100). Mais ce n'est pas le cas habituel ; en général, la tumeur est incomplètement accessible, sinon au toucher, du moins à la vue ; il existera toujours quelque recoin où l'on n'aura pu porter l'agent désinfectant, et l'antisepsie restera incomplète. C'est là néanmoins une pratique recommandable, bien que le plus souvent insuffisante.

Si la tumeur est profondément située et si la cavité le permet (vagin), les injections fréquentes et abondantes avec de l'eau phéniquée à 1 pour 100 donneront de bons résultats. On en commencera l'usage plusieurs jours à l'avance. Immédiatement avant d'opérer, le chirurgien devra toujours diriger sur le foyer opératoire une injection avec une solution forte (1 pour 20), et la répéter au cours même de l'opération.

Toutes ces précautions, bonnes en soi et nécessaires, restent malheureusement insuffisantes ; elles diminuent certainement la septicité du foyer, mais ne l'abolissent que fort rarement.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'une opération sur un foyer non ulcéré et que la muqueuse de la cavité est intacte, l'antisepsie préalable est plus facile et peut même être complètement obtenue dans certaines cavités (vagin, vessie). Je relaterai plus loin des observations absolument probantes. Mais souvent les soins les mieux entendus et les précautions les plus minutieuses restent sans succès, surtout en certains cas de polypes utérins très volumineux. Néanmoins l'utilité du nettoyage préalable du champ opératoire est théoriquement indiscutable. Billroth [1] en a fait ressortir l'importance à propos de l'extirpation de la langue.

« Il résulte d'une expérience nouvelle, dit-il, que le succès de l'opération dépend plus ou moins des précautions suivantes : La bouche doit être préparée à l'opération par un lavage soigné. Il faut pour cela au moins trois jours et souvent plus d'une semaine. Les dents doivent être complètement débarassées de tartre et de mucosités ; les gencives, la surface de la langue, le plancher de la bouche doivent être frais et roses. On n'obtient pas ce résultat à l'aide d'un simple gargarisme : un de mes assistants s'occupe chaque

1. Billroth, *Extirpation ausgedehnter Zungencarcinome von den Regio supra hyoidea* (*Archiv f. klinische Chirurgie* von Langenbeck, 1874, B. XVI, p. 9, et *Chir. Klinik*, 1879, p. 117.

jour du patient, quelquefois pendant une heure et plus, et fait mécaniquement le nettoyage. Quel que soit le point de vue théorique d'où l'on parte, que l'on considère les végétations organiques ou les gaz putrides comme les principes phlogogènes, la netteté du champ de l'opération est toujours une bonne condition, et d'autant meilleure qu'après l'opération il est impossible de pratiquer quotidiennement un nettoyage très efficace. »

En 1874, Billroth se contentait de pratiquer mécaniquement le nettoyage de la bouche, sans recourir à aucun agent antiseptique. Plus tard, il usa de gargarismes au permanganate de potasse et toucha les plaies fraîches avec la solution forte de chlorure de zinc; mais, bornant le traitement antiseptique à ces précautions préalables, il eut des accidents mortels (diphthérie buccale) qu'il attribua au procédé opératoire mis en usage (procédé de Regnoli ou extirpation par la région sus-hyoïdienne), et auquel il renonça comme très dangereux (treize opérés, huit morts).

L'expérience actuelle qu'ont les chirurgiens français de l'extirpation de la langue par la région sus-hyoïdienne, avec l'incision unilatérale ou bilatérale, les portera à conclure que les accidents éprouvés par Billroth dépendent moins du procédé opératoire que de l'absence de traitement antiseptique consécutif.

Volkmann recommande aussi de faire précéder les opérations sur le rectum d'une évacuation complète de l'intestin, afin d'éviter que les fèces ne viennent polluer la plaie fraîche.

Tels sont les procédés généraux de désinfection des plaies cavitaires. Voyons maintenant comment ils s'appliquent et jusqu'à quel point ils sont efficaces dans les différentes cavités muqueuses.

PROCÉDÉS ANTISEPTIQUES APPLICABLES AUX PLAIES DE LA BOUCHE

La désinfection de cette cavité est la plus difficile de toutes à cause de sa double fonction, digestive et respiratoire ; les parcelles alimentaires s'y arrêtent aisément, retenues par des dents plus ou moins cariées; puis le perpétuel mouvement de la respiration y attire constamment les germes atmosphériques ; les causes de putridité y sont donc accumulées. De plus, les irrigations antiseptiques, permanentes ou non, y sont, sinon impossibles, du moins toujours incomplètes, car les liquides injectés pénètrent facilement dans l'estomac où ils sont absorbés, ou dans les voies respiratoires, où ils provoquent la suffocation et une irritation dangereuse.

Or, sans parler de ce dernier péril, l'absorption des liquides antiseptiques par l'estomac peut amener des phénomènes d'intoxication rapidement mortels, surtout lorsqu'on emploie l'acide phénique.

C'est pourquoi irrigations et injections doivent être remplacées généralement par de simples gargarismes, et pourquoi aussi il faut substituer aux solutions phéniquées, dont l'odeur et la saveur sont fort désagréables, des solutions de chloral ou d'acide borique. Le salicylate de soude ou l'acide salicylique ont aussi été proposés ; ils ont le grand défaut d'être assez irritants et d'exiger une forte proportion d'alcool.

Mais si les injections doivent être remplacées par des gargarismes, les pulvérisations sont au contraire facilement pratiquées dans la cavité buccale, où elles restent comme procédé de choix. Elles ne sauraient être trop multipliées. Un opéré intelligent arrivera très aisément à les pratiquer lui-même en plaçant un miroir devant lui.

Les observations à l'appui de cette pratique, adoptée par M. Verneuil, se divisent en trois groupes :

Dans le *premier*, il s'agit de plaies très simples, consécutives à des ablations de tumeurs épithéliales des joues ou des lèvres; la réunion immédiate a été cherchée et souvent obtenue ; ni le tissu osseux ni la langue n'ont été intéressés.

Les procédés antiseptiques ont consisté en gargarismes chloralés à 1/100 répétés très fréquemment, et en pulvérisations chloralées ou phéniquées à 1/100 réitérées toutes les deux heures, dans la bouche ou sur la plaie.

Deux fois, un ganglion situé sous le maxillaire inférieur ayant été enlevé, un drain placé dans la plaie a servi à pousser doucement des injections.

Un pansement antiseptique consistant en mousseline phéniquée, ouate et tissu imperméable, est, dans tous les cas, appliqué sur la plaie extérieure.

Aucune précaution antiseptique n'avait été prise avant les opérations, qui ont d'ailleurs été faites suivant les préceptes de Lister. Pour les ligatures, fil ordinaire ; pour les sutures, fil d'argent.

Les ablations d'épithélioma des lèvres et des joues ne sont assurément pas des opérations graves; la guérison (succès opératoire) en est la terminaison ordinaire. Néanmoins la fièvre est souvent vive et la réunion immédiate que l'on tente peut manquer. Or, si l'on considère que la putridité est la plus efficace de toutes les causes d'insuccès de la réunion immédiate, on sera convaincu de l'utilité des procédés de pansement qui la combattent.

Épithélioma de la lèvre inférieure ; *ablation, réunion immédiate* ; *gargarismes et pulvérisations chloralés* ; *guérison.* (Observation communiquée par M. le Dr Ch. Leroux, ex-interne des hôpitaux.)

Kerv.., soixante et un ans, entre à la Pitié le 11 février 1879, service de M. Verneuil, pour un épithélioma ulcéré de la lèvre inférieure, étendu du milieu de cette lèvre à la commissure gauche et ayant envahi la muqueuse et la peau. Pas d'adénopathie. — Le 17 mars, ablation au bistouri suivie de réunion par quatre points de suture, après lavage de la plaie avec une solution phéniquée forte. On donne des gargarismes et on pratique des pulvérisations très fréquentes avec une solution de chloral à 1/100.

Aucun accident, jamais de fétidité de l'haleine. Ablation des points de suture le 20 mars.

Guérison complète le 28 mars.

Le tableau IV montre la marche de la température, qui a toujours été normale. Il n'y a pas eu de fièvre cavitaire.

		Matin.	Soir.
Tableau n° IV.	1er jour.....	37°,3 (opération).	37°,6
	2e —	37 ,4	37 ,6
	3e —	37 ,4	37 ,6
	4e —	37 ,2	38
	5e —	37 ,2	37 ,4
	6e —	37	37 ,2
	7e —	36	37 ,4
	8e —	37 ,4	37 ,4
	9e —	37 ,4	37 ,5
	10e —	36 ,5	37 ,2
	11e —	36 ,4	37 ,6
	12e —	36 ,4	37

En résumé, bénignité complète, absence de fièvre, de gonflement des bords de la plaie et de douleur, telle est la marche ordinaire des plaies des lèvres et des joues traitées antiseptiquement.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des ablations de tumeurs épithéliales ; mais les mêmes considérations s'appliquent aux plaies de toute nature, au bec-de-lièvre en particulier.

Le *second groupe* comprend des plaies buccales avec résection d'une partie du squelette. Ce sont ordinairement alors des opérations sérieuses, qui méritent toute attention.

La désinfection des plaies consécutives aux résections de tout ou partie du maxillaire supérieur est particulièrement difficile. Le maxillaire supérieur est en effet creusé de cavités. Le rebord alvéo-

laire et l'apophyse zygomatique, sur lesquels peuvent porter les résections partielles, sans ouverture du sinus maxillaire, sont composés de tissu spongieux à aréoles assez lâches, qui, une fois ouvertes, constituent une multitude de petits cloaques putrides que l'antiseptique n'atteint que difficilement. Si la résection est plus complète, non seulement la cavité du sinus, mais les fosses nasales et souvent les cellules ethmoïdales, sont ouvertes, alors les foyers putrides sont aussi multipliés que difficiles à atteindre.

En outre, à côté de la fièvre septique que l'on cherche à combattre ou tout au moins à maîtriser, peut s'allumer une fièvre inflammatoire consécutive au facile développement d'une angine ou de la phlegmasie d'une muqueuse voisine.

Quoi qu'il en soit, l'application des procédés antiseptiques aux plaies de cette région, pour n'avoir pas le succès complet qu'elle obtient ailleurs, n'en a pas moins d'heureux résultats. Ces procédés ont été déjà décrits à propos du premier groupe : gargarismes et pulvérisations avec une solution de chloral à 1/100 ; injections avec le même liquide lorsqu'un drain a été placé dans la bouche ; pansement antiseptique simple sur la plaie exposée. Les opérations doivent être faites d'ailleurs avec toutes les précautions de la méthode de Lister.

En cas de résection du rebord alvéolaire, on ne peut évidemment pratiquer des lavages après l'opération. Mais, lorsqu'il s'agit de résection du maxillaire supérieur, ces lavages sont rendus possibles par la manœuvre si heureuse que préconise M. Verneuil, afin d'éviter l'écoulement du sang dans l'arrière-bouche, et qui consiste dans le tamponnement postérieur préalable de la fosse nasale du côté à opérer; on sait que la pénétration dans la bouche, dernier temps de l'opération, ne doit être faite que lorsque l'hémostase est complète. Donc, avant d'ouvrir la bouche, on pourra facilement pratiquer un lavage complet de la plaie avec une solution phéniquée forte, dont l'écoulement dans le pharynx sera empêché par le tampon nasal.

L'observation suivante montre ce que l'on peut obtenir des procédés antiseptiques dans le cas de résection du maxillaire supérieur; elle offre aussi un bel exemple de fièvre inflammatoire intercurrente due au développement d'une angine le dixième jour après l'opération.

Tumeur à myéloplaxes du sinus maxillaire, résection de la presque totalité du maxillaire supérieur, pansement chloralé; angine pultacée le dixième jour, adénite cervicale le seizième. — Succès opératoire.

L. V..., quarante-cinq ans, tailleur, entre dans les premiers jours de mai à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 12, service de M. Verneuil. Il a de très mauvaises dents et porte à la mâchoire supérieure, au niveau de la fosse canine, une petite tumeur soulevant la joue. D'abord prise pour un kyste périostique, elle fut ensuite reconnue pour une tumeur à myéloplaxes remplissant le sinus maxillaire. De plus, scoliose dorsale.

Le 28 mai, M. Verneuil pratiqua l'ablation de la tumeur après résection des parois antérieure, interne et inférieure du sinus maxillaire, en respectant les parois postérieure et supérieure, ainsi que le voile du palais. Le tamponnement préalable de la fosse nasale correspondante avait été soigneusement fait. L'incision, commencée à un demi-centimètre de l'angle interne de la paupière inférieure, fut conduite le long de l'aile du nez et du sillon labio-génal jusqu'à la commissure labiale droite.

Lavage à l'eau phéniquée forte avant l'ouverture de la bouche. Les points osseux suspects sont ruginés et touchés avec le thermocautère. La plaie des téguments est réunie par la suture.

L'opération est pratiquée sans le spray. Les procédés de pansement antiseptique décrits plus haut sont appliqués : gargarismes, pulvérisations et injections à l'aide d'un drain passant par l'angle supérieur de la plaie et sortant par la bouche; on prescrit une solution de chloral à 1 pour 100.

Les chances d'asepsie sont minimes, à cause de la profondeur et des anfractuosités de la plaie, car les fosses nasales et les cellules ethmoïdales sont largement ouvertes.

Le soir de l'opération, fièvre cavitaire qui s'éteignit peu à peu, ne subissant qu'une seule exacerbation le troisième jour pour une cause inconnue [1].

Haleine toujours plus ou moins fétide. Appétit médiocre.

Le 3 juin, septième jour, plus de fièvre; on enlève les points de suture. La réunion, complète du côté de la peau, est moins réussie du côté de la muqueuse. Appétit toujours médiocre; l'opéré est fort pâle et maigrit.

Le 6, dixième jour, le thermomètre monte subitement à 40°. Le soir, on constate une angine pultacée sur le voile du palais et le pilier antérieur du côté gauche. L'opéré, très faible, ne se nourrit pas.

Le 9 (treizième jour), l'angine cède et l'état général s'améliore.

1. J'ai très fréquemment noté ce retour passager de la fièvre le troisième ou le quatrième jour sans pouvoir en trouver l'explication.

Le 11 (quinzième jour), adénite des ganglions sous-mastoïdiens, qui sont gonflés et douloureux ; la fièvre se rallume. On craint une adénite aiguë ; mais la fièvre cesse, et le gonflement persiste. L'opéré sort le 29 juin en conservant une adénite à caractères très suspects ; plaie buccale en bon état d'ailleurs [1].

Le tableau V montre toutes les vicissitudes et la marche de la fièvre dans cette intéressante observation.

		Matin.	Soir.	
TABLEAU n° V.	1er jour.....	Opération.	39°,8	
	2e —	39°,3	38 ,2	
	3e —	38 ,4	39 ,2	
	4e —	38 ,2	38	
	5e —	38 ,3	38 ,3	
	6e —	37 ,5	38 ,1	
	7e —	37	38	
	8e —	37 ,5	38 ,4	
	9e —	37 ,5	38 ,3	
	10e —	38 ,5	40	
	11e —	38 ,3	40 ,3	
	12e —	38 ,5	39 ,2	Angine pultacée.
	13e —	38 ,4	38 ,5	
	14e —	37 ,7	37 ,5	
	15e —	37 ,7	39	
	16e —	37 ,6	38 ,9	Adénite cervicale.
	17e —	37 ,7	40 ,5	
	18e —	37	37 ,9	
	19e —	37	37 ,5	
	20e —	37 ,3	37 ,8	
	21e —	37 ,5	38 ,2	
	22e —	37 ,2	37 ,8	
	23e —	37 ,5	38 ,4	
	24e —	37 ,5	37 ,6	
	25e —	37	37 ,8	
	26e —	37	37 ,9	
	27e —	37		

En résumé, la fièvre cavitaire n'a pu être évitée, mais elle a été modérée par les antiseptiques et a été toujours en décroissant, jusqu'au jour où sont survenues l'angine et la fièvre inflammatoire. Le succès du pansement, pour avoir été incomplet, n'en a pas moins été réel. On ne peut évidemment pas dire ce qui se serait passé avec le mode de traitement ordinaire, mais seulement présumer, d'après les observations connues, que la fièvre cavitaire eût duré plus longtemps, ou tout au moins fût restée vive pendant les trois ou quatre premiers jours.

1. J'ai revu le malade cette année ; il est resté complètement guéri. — A. V. 1883.

N'ayant observé aucun cas de résection du maxillaire inférieur, je ne puis parler en connaissance de cause du pansement après ces opérations et des résultats qu'on doit en attendre[1].

Le *troisième groupe* d'observations comprend les ablations partielles ou totales de la langue. Ces opérations méritent de former une classe à part, en raison du trouble considérable qu'elles apportent dans la nutrition et des complications spéciales auxquelles elles exposent.

Il s'agit ici, suivant le procédé mis en usage, d'une plaie cavitaire borgne interne, à portion saignante non exposée, ou bien d'une plaie cavitaire avec plaie exposée.

On est dans le premier cas lorsqu'on se borne à enlever la portion de la langue où siège la tumeur. Les procédés de diérèse sont en général ceux que j'ai qualifiés plus haut d'antiseptiques : écraseur linéaire, galvano-cautère, ligature élastique. Or, la bénignité opératoire des ablations partielles ainsi faites est remarquable. En général, la fièvre est à peu près nulle, s'il faut du moins s'en rapporter aux observations publiées la plupart du temps sans indications ou avec des indications incomplètes de la température.

M. Théophile Anger[2] relate plusieurs cas d'ablation d'épithélioma lingual pratiquée à l'aide du galvano-cautère et suivie d'une réaction fébrile insignifiante, sans qu'on ait d'ailleurs employé de gargarisme antiseptique.

M. Ad. Simon[3] relate une série d'observations d'ablation partielle de la langue faite par la ligature élastique; dans deux cas seulement, les opérés auraient eu de la fièvre pendant les deux ou trois premiers jours qui suivirent l'opération.

1. J'ai le tracé thermométrique de deux cas de résection du maxillaire supérieur. Il offre le type des fièvres cavitaires subites, intenses et prolongées. J'ai tenté pour la désinfection, aussitôt après l'opération, le lavage de la plaie avec les solutions phéniquées ou chloralées fortes; puis, dans les heures et jours suivants, et avec les mêmes liquides, les injections, les pulvérisations, les attouchements à l'aide d'un pinceau très doux. Rien ne m'a donné de résultats vraiment satisfaisants; jamais je n'ai obtenu d'asepsie prompte.

Jusqu'à détersion de la plaie, c'est-à-dire pendant une semaine en moyenne, l'haleine et les sécrétions buccales ont été fétides et la température s'est maintenue élevée. A la vérité, c'était bien pis encore autrefois, lorsque pour arrêter l'hémorrhagie primitive en nappe, on remplissait la cavité opératoire de charpie ou d'éponges.

Malgré tout, chose digne de remarque, la résection de la mâchoire supérieure est d'une bénignité très grande et l'était déjà autrefois, au temps où l'on ne songeait point aux pansements antiseptiques. — A. V. 1883.

2. Théophile Anger, *Du cancer de la langue.* Thèse d'agrégation, 1872.

3. A. Simon, *Étude sur la ligature élastique.* Thèse de Paris, 1879.

On ne saurait trop regretter l'absence de détails suffisants sur ce sujet, aussi bien dans les observations de M. Th. Anger que dans celles de M. A. Simon. Comment trancher en effet une si intéressante question sans indications thermométriques ? D'autant plus que tous ces faits appartiennent à une époque où l'on jugeait insignifiants des accidents que, rendus plus sévères par les succès des pansements antiseptiques, nous considérons comme dignes d'attention. D'ailleurs M. A. Simon note dans deux de ses observations un détail qui semble incompatible avec l'apyrexie complète : c'est la fétidité de l'haleine, très prononcée dans l'observation XXIV, où la fièvre aurait été nulle, et dans l'observation XXVI, où il survint une véritable septicémie avec hémorrhagies secondaires, malgré l'usage passager de gargarismes au chloral.

Il est donc au moins douteux que la ligature élastique seule suffise à préserver des accidents septiques, justement révélés par cette fétidité de l'haleine, qui, dans toutes mes observations, a coïncidé avec de la fièvre et cédé avec cette fièvre par l'usage des antiseptiques[1].

Les extirpations de la totalité ou de la presque totalité de la langue diffèrent grandement des ablations partielles et entraînent des conséquences toutes spéciales.

En effet, l'extirpation d'une portion limitée de l'organe gêne la mastication pendant quelques jours, mais laisse l'alimentation se faire suffisamment bien pour que l'état général ne s'altère pas sérieusement.

Les extirpations totales, au contraire, compromettent l'alimentation et la nutrition; l'opéré est souvent pris d'une sorte de langueur

1. J'ai toujours préféré, pour les tumeurs de la langue, l'ablation extemporanée avec l'écraseur linéaire ou le thermo-cautère, à la ligature élastique, très vantée dans ces dernières années. Une fois pourtant, j'ai prié un jeune chirurgien fort habile et qui avait plusieurs fois employé le procédé en question, de vouloir bien l'appliquer dans mon service.

Le cas était assez sérieux, sans être très grave. La tumeur épithéliale occupait la partie moyenne du bord droit de la langue ; elle mesurait environ trois centimètres d'avant en arrière, presqu'autant de haut en bas, et présentait bien deux centimètres d'épaisseur. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires paraissaient indemnes.

Le chloroforme administré et la langue attirée hors de la bouche, la masse morbide fut circonscrite par quatre anses de fil élastique. L'exécution fut prompte et très brillante, en quelques minutes elle était terminée.

J'en fus tellement satisfait que si un cas nouveau s'était présenté en ce moment, j'aurais certainement eu recours au même procédé.

Mais les suites furent beaucoup moins simples. D'abord, les douleurs consécutives furent intenses et durèrent plusieurs jours, puis au deuxième jour survint un gonflement considérable du cou avec ecchymose très foncée, ce qui

et de découragement avec inappétence et invincible dégoût pour la nourriture, état sur lequel M. Verneuil insiste beaucoup dans ses cliniques ; alors surviennent des affections intercurrentes mal caractérisées, accompagnées d'élévation de température et se terminant par la mort à bref délai. Il ne s'agit pas ici de septicémie : on n'en retrouve ni les signes pendant la vie, ni les lésions sur le cadavre, et la méthode antiseptique n'a aucune prise sur la marche des accidents de ce genre. La fièvre, d'abord éteinte ou maîtrisée, se rallume peu à peu et monte progressivement, sans offrir les grandes oscillations de l'infection septique et par conséquent sans que le procédé de pansement soit responsable.

Les trois observations suivantes offrent à ce point de vue un intérêt considérable.

Épithélioma de la langue, extirpation à peu près totale par la région sus-hyoïdienne; pansement antiseptique; alimentation difficile; hémorrhagies; guérison.

Homme de soixante ans, entré en novembre 1879, à la Pitié, service de M. Verneuil, pour un épithélioma de la langue. Le 29 novembre, extirpation de la presque totalité de l'organe par la région sus-hyoïdienne (procédé de Regnoli) à l'aide du bistouri et du thermocautère; les deux linguales furent liées à la base de la langue au niveau de la section. Opération sans aucun incident, l'opéré perdit fort peu de sang. Drains, dont chaque extrémité sortait par les angles de la plaie sus-hyoïdienne; partie médiane de celle-ci soigneusement réunie. Lavage du foyer opératoire avec de l'eau phéniquée forte; puis, tous les jours suivants, injections d'eau chloralée à 1/100 par le drain trois ou quatre fois par jour; pulvérisations avec le même

fait supposer qu'un vaisseau assez important avait été atteint dans le passage des fils.

La putréfaction intra-buccale donna lieu à de la fièvre et à un état saburral rappelant ce qu'on observait autrefois quand on traitait déjà les tumeurs de la langue par la ligature ordinaire.

A la chute de la partie mortifiée, survint une hémorrhagie secondaire grave.

Néanmoins la guérison complète eut lieu en un mois environ. Mais trois mois à peine plus tard, le mal était en pleine récidive dans la bouche et dans les ganglions du cou.

La nécessité de plus en plus démontrée d'extirper les ganglions sous-maxillaires du côté malade, pour peu que l'épithélioma lingual soit un peu étendu, est encore une raison pour faire rejeter la ligature élastique.

L'épithélioma de la langue, *on ne saurait trop le dire*, doit être laissé tranquille, ou ***très largement opéré***. La ligature élastique sera donc le plus souvent un procédé insuffisant. — A. V. 1883.

liquide toutes les deux heures[1]. L'opéré dut en outre, tous les quarts d'heure environ, s'instiller lui-même à l'aide d'une pipette de l'eau chloralée dans la bouche.

Malgré toutes ces précautions, il y eut de la fièvre, modérée il est vrai, puisque le thermomètre ne s'éleva qu'un jour, le troisième, au-dessus de 39° (39°,2); mais, à partir de cette époque, la température baissa et oscilla aux environs de 38°. Hémorrhagies peu abondantes d'ailleurs, mais réitérées, qui furent arrêtées par la glace et des gargarismes additionnés de quelques gouttes de perchlorure de fer.

L'alimentation se faisait mal; l'opéré fut pris de langueur et de dégoût pour les aliments qu'il ne surmontait que sous la menace de la sonde œsophagienne. Une fois la température s'éleva à 39°,2, mais sans qu'il fût possible d'attribuer la fièvre à la septicémie; la guérison arriva d'ailleurs et tout d'abord ne se démentit pas. Mais c'était un succès purement opératoire, car l'opéré revint au mois de juin avec une adénite suspecte.

		Matin.	Soir.
Tableau n° VI.	1er jour.....	Opération.	38°,8
	2e —	38°,6	39
	3e —	38 ,6	39 ,2
	4e —	38 ,4	38 ,1
	5e —	38	38 ,5
	6e —	37 ,6	38 ,4
	7e —	38	38 ,1
	8e —	37 ,7	38 ,2
	9e —	38 ,2	38
	10e —	37 ,8	38 ,2
	11e —	37 ,8	38 ,2
	12e —	37 ,8	39 ,2
	13e —	38 ,2	37 ,6
	14e —	36 ,8	37 ,7
	15e —	37 ,2	38 ,4
	16e —	37 ,2	37 ,4
	17e —	37 ,2	37 ,8

Il y a eu évidemment, dans cette observation, de la fièvre attribuable à deux causes : 1° antisepsie incomplète; 2° état moral et état d'anémie par alimentation insuffisante de l'opéré. L'accès du douzième jour a eu sans doute pour cause une imprudence inavouée, mais sans qu'on puisse rien affirmer à cet égard.

1. L'acide borique donne aussi d'excellents résultats; il peut remplacer le chloral, mais n'en a pas les propriétés calmantes.

Épithélioma de la langue; ablation totale par la région sus-hyoïdienne; pansement antiseptique; phthisie pulmonaire; mort.

Cotte, trente-cinq ans, cafetier, entre le 31 décembre 1879 à la Pitié, service de M. Verneuil. C'est un homme vigoureux, enjoué, alcoolique très accentué, à urines roses, et grand fumeur. Il porte sur le bord gauche de la langue une tumeur du volume d'une grosse noix, ulcérée, à limites peu précises, surtout du côté de la base. C'est un épithélioma dont le début remonte à six mois et dont les progrès sont très rapides. L'ablation de la langue est acceptée et pratiquée le 6 janvier par la région sus-hyoïdienne, sans aucun incident et avec facilité. La section de la peau et des muscles est faite au bistouri; la section de la langue est faite au thermo-cautère à environ $0^{m},01$ de l'os hyoïde.

La plaie de la peau est suturée à sa partie moyenne; un drain est placé dans la bouche, de sorte que ses deux chefs sortent par les angles latéraux de la plaie.

Pulvérisations dans la bouche toutes les deux heures avec une solution de chloral à 1/100. Instillations d'eau chloralée tous les quarts d'heure à l'aide d'une pipette, pour que la plaie soit constamment humectée; injections dans le drain trois fois par jour.

Les premiers jours se passent sans accident et avec une fièvre modérée. L'haleine reste sans odeur. L'opéré a seulement un peu de difficulté pour avaler même le bouillon et le lait, mais il se nourrit cependant, est gai et souriant.

Le huitième jour, légère hémorrhagie arrêtée par de la glace et un gargarisme au perchlorure de fer. Le onzième jour, la fièvre se rallume, l'opéré est pris de langueur, de découragement et de dégoût; il maigrit, se nourrit de plus en plus mal, se met à tousser et à cracher. Enfin, le trente-sixième jour, il meurt presque subitement de tuberculose pulmonaire aiguë généralisée.

Ici, le pansement antiseptique eut une efficacité réelle : la fièvre cavitaire était en effet maîtrisée dès le troisième jour, et, s'il survint encore le cinquième, le sixième, et le huitième jours un accès vespéral, la température ne s'éleva pourtant pas au-dessus de $38°,8$; ce qu'il faut sans doute attribuer à une négligence dans l'application des précautions antiseptiques. Mais bientôt éclata la maladie intercurrente, qui emporta l'opéré. La méthode antiseptique n'est assurément pas responsable; elle a donné tout ce qui était en sa puissance; c'est l'alcoolisme, c'est l'alimentation défectueuse qu'il faut accuser.

TABLEAU n° VII.

	Matin.	Soir.
1er jour.....	37° (opération).	39°,4
2e —	38	38 ,1
3e —	36 ,5	38 ,2
4e —	37 ,6	37 ,9
5e —	37 ,1	38 ,8
6e —	37 ,1	38 ,6
7e —	36 ,8	37 ,7
8e —	37 ,2	38 ,6
9e —	37 ,1	37 ,8
10e —	36 ,9	37 ,9
11e —	36 ,9	38 ,9
12e —	38 ,4	38 ,5
13e —	37 ,9	38 ,6
14e —	38 ,7	38 ,9
15e —	38 ,4	38 ,9
16e —	37 ,6	37 ,9
17e —	37 ,9	38 ,4
18e —	38 ,1	38 ,7
19e —	37 ,9	38 ,4
20e —	38 ,4	39
21e —	38	37 ,8
22e —	38 ,6	39 ,2
23e —	39 ,7	39 ,8
24e —	39 ,2	39
25e —	38 ,6	39 ,3
26e —	39 ,1	38 ,3
27e —	39 ,3	39 ,2
28e —	39 ,4	38 ,2
29e —	39 ,2	39 ,5
30e —	39 ,2	38 ,9
31e —	38 ,3	38 ,4
32e —	38 ,6	39 ,4
33e —	38 ,4	39 ,9
34e —	39 ,3	39 ,9
35e —	39	40 ,2
36e —	(mort).	

L'observation suivante, que je dois à M. Verneuil, est encore plus concluante; la mort est arrivée à peu près sans fièvre et par conséquent sans infection septique; elle est indubitablement survenue par les reins.

Épithélioma de la langue; ablation de la totalité de l'organe; pansement antiseptique; mort par néphrite albumineuse.

M. C***, soixante-six ans, reconnu albuminurique avant l'opération, mais sans qu'on sache de quand datait la maladie rénale, avait été soumis au préalable à un régime lacté sévère.

Les urines, examinées le 18 janvier 1880, étaient d'un rouge acajou et laissaient déposer un précipité très abondant d'acide urique et

d'urate d'ammoniaque; mais l'acide nitrique et la chaleur n'y déterminaient qu'un précipité albumineux très léger.

L'opération fut pratiquée le 20 janvier par la région sus-hyoïdienne sans aucun incident; un drain fut placé. On prit les précautions antiseptiques indiquées plus haut.

Comme l'opéré était l'objet de soins assidus, la fièvre fut à peu près nulle; la température oscilla entre 37°,4 et 38°,8; l'haleine était sans odeur. Mais dès le soir de l'opération survinrent des accès d'oppression assez forts pour empêcher le sommeil.

Les urines (un litre en vingt-quatre heures) ne contenaient pas d'albumine. Appétit bon, alimentation facile avec la sonde œsophagienne en caoutchouc rouge.

Le 21 janvier, l'oppression était moindre; mais la quantité d'urine avait diminué (750 gr.); l'alimention se faisait toujours bien.

Le 22, même quantité d'urine; râles sous-crépitants à la base du poumon gauche.

Le 23, l'oppression ne revient qu'à de rares intervalles, et cède à des inhalations d'éther. Même quantité d'urine, pas d'albumine; alimentation toujours facile.

Le 24, l'oppression devient fréquente et le facies s'altère; plus d'appétit; 500 grammes d'urine.

Le 25, légère hémorrhagie par le plancher de la bouche, arrêtée par le perchlorure de fer. Respiration haletante; appétit nul, dégoût profond pour les aliments. On parvient à peine à faire avaler un peu de lait et de vin de Malaga; urine, 500 grammes.

Le 26, quarante respirations par minute; dyspnée intense urémique; un peu d'urine à neuf heures du matin; à deux heures de l'après-midi, coma profond, affaiblissement progressif; mort à sept heures du soir. Pas d'autopsie.

Jamais on n'a retrouvé d'albumine dans les urines, mais il est évident qu'il s'agissait d'une néphrite. La fièvre, ici, a perdu son caractère cavitaire et a même été réduite au minimum, eu égard à l'importance de l'opération.

TABLEAU n° VIII.

	Matin.	Soir.
1er jour.....	Opération.	37°,4
2e —	38°,2	38 ,1
3e —	37 ,9	38 ,5
4e —	37 ,8	38 ,8
5e —	38 ,5	38 ,7
6e —	38 ,7	38 ,7
7e —	38 ,4	(mort).

En résumé, les résultats de l'application des procédés antiseptiques aux plaies de la cavité buccale varient suivant l'importance et les parties constituantes de la plaie. Ils ne sont jamais absolument complets, c'est-à-dire que l'antisepsie n'est jamais parfaite, en raison des conditions même de la cavité blessée.

Toutefois, sous l'action des pansements antiseptiques, la fièvre traumatique est, sinon entièrement éteinte, du moins réduite à un minimum de durée et d'intensité.

L'antisepsie est à peu près complète et la fièvre presque nulle, lorsque les parties molles des lèvres et des joues sont seules intéressées. Elle est beaucoup plus difficile à obtenir et la fièvre est seulement atténuée, tout en conservant le plus souvent son caractère cavitaire, lorsque le squelette est blessé ou bien a subi une perte de substance[1].

Dans les cas d'extirpation de la langue, l'antisepsie est encore incomplète, mais elle est suffisante; néanmoins, il survient fréquemment des complications variées, qui s'accompagnent d'une fièvre à allures spéciales dont la septicémie n'est pas responsable.

1. C'est moins à la lésion du squelette, qu'à la rétention des liquides dans la cavité buccale et à leur contact avec la plaie opératoire, qu'il faut attribuer la fièvre. J'en ai eu récemment la démonstration bien évidente.

Un malade se présenta cette année dans mon service avec un épithélioma ayant débuté par la gencive du côté droit, envahi la mâchoire inférieure dans une notable étendue et les ganglions sous-maxillaires correspondants. La peau même était ulcérée au niveau de la saillie que ces derniers formaient dans la région sous-hyoïdienne.

Cet homme, d'ailleurs jeune et robuste, souffrait si cruellement que je me décidai à l'opérer malgré l'étendue du mal et le peu de chance de prévenir la récidive.

Je fis à l'extérieur, à l'aide du thermo-cautère, une incision circulaire circonscrivant largement l'ulcération ganglionnaire, puis je réséquai environ cinq centimètres de la branche horizontale de la mâchoire et j'enlevai largement la glande sous-maxillaire avec tous les ganglions dégénérés. Faite au thermo-cautère et avec les ligatures préalables, l'opération fut à peu près exsangue ; en revanche, elle laissait une brèche énorme, mesurant environ huit centimètres dans ses divers diamètres, communiquant largement avec la cavité buccale et à travers laquelle on voyait à nu le bord externe de la langue dans une grande étendue. On ne pouvait songer à combler ce trou, d'abord parce que les sections avaient été faites avec le thermo-cautère et que d'ailleurs il eût été impossible, à moins de décortiquer la face et le cou, de trouver assez d'étoffe cutanée pour tailler des lambeaux suffisants.

Les choses furent donc abandonnées à elles-mêmes, et bon gré mal gré, il fallut bien faire ici un pansement antiseptique ouvert tout à fait type.

Or, non seulement il n'y eut pas le plus minime accident, mais la fièvre traumatique fut *absolument nulle*. Au bout de trois mois, cette énorme lacune s'était réduite par les seules forces de la rétraction cicatricielle à une perforation de 15 millimètres de diamètre, que l'on boucha aisément par une anaplastie secondaire. — A. V. 1883.

L'application de la méthode antiseptique aux plaies des fosses nasales requiert les mêmes précautions et rencontre les mêmes difficultés que dans la cavité buccale. N'ayant observé aucun fait original de ce genre, je n'insisterai pas davantage.

Il n'y a naturellement pas à songer à traiter les plaies des voies aériennes par les irrigations ou les injections; l'occlusion doit être faite immédiatement, et le pansement antiseptique ordinaire doit être appliqué à l'extérieur comme sur une plaie exposée réunie par la suture.

PROCÉDÉS ANTISEPTIQUES APPLICABLES AUX PLAIES DE L'ŒSOPHAGE, DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN.

Ces procédés n'offrent rien de particulier.

A moins qu'il ne s'agisse d'une gastro-stomie, les plaies de ces organes doivent être réunies, obturées et pansées suivant la méthode de Lister. En aucune circonstance on ne pratiquera des injections antiseptiques, qui ne ressortiraient pas et seraient absorbées en totalité; c'est uniquement aux pulvérisations qu'il faut avoir recours.

Il en est de même pour les plaies de l'intestin. Cependant la kélotomie, avec ou sans établissement d'un anus contre nature, prête à certaines considérations intéressantes.

La kélotomie simple, sans ouverture ni suture de l'intestin, n'offre aucune indication antiseptique spéciale. Le lavage du sac et de l'anse herniée avec une solution forte avant le débridement est recommandé par Lister et M. Lucas-Championnière [1]. Ce lavage est d'autant plus indispensable que le liquide du sac contient presque toujours, d'après MM. Verneuil et Nepveu[2], des bactéries, lesquelles proviennent sans doute de l'anse intestinale herniée, à travers les parois de laquelle elles ont pu passer; l'état pathologique créé par l'étranglement, en modifiant assez profondément les propriétés physiques de ces parois, rend possible ce passage. Dans ces conditions, si l'on rentre dans l'abdomen l'intestin humecté de liquide bactérifère et par conséquent septique, on reproduit purement et simplement sur l'homme les expériences de Gaspard (1821), de Burdon Sanderson (1871) et de Chauveau (1872)[3]. On fait « l'intensification »

1. Lucas-Championnière, *Chirurgie antiseptique*, Paris, 1880.

2. Nepveu, *Des Bactériens et de leur rôle pathogénique* (*Revue des sciences médicales de Hayem*, 1878, t. XII, p. 344).

3. Voyez pour plus de détails mon ouvrage *Sur l'infection purulente*, Paris, 1880, p. 418.

du poison septique, et l'on donne une péritonite suraiguë. Ainsi s'explique la différence si remarquable de mortalité entre les opérations de kélotomie et de laparotomie pour les kystes de l'ovaire, différence au profit de la dernière et sur laquelle M. Verneuil insiste beaucoup dans ses leçons cliniques.

Lorsque, au contraire, l'intestin est malade, de deux choses l'une : il est perforé, ou seulement menacé de perforation. Dans les deux cas, si la perforation ou seulement la menace de perforation est très limitée, on pourra faire la suture de l'intestin et réduire, mais les limites du mal sont souvent difficiles à apprécier; alors, la pratique véritablement antiseptique, en ce sens qu'elle prévient la septicémie, consiste à suturer l'intestin, sans l'ouvrir, aux parois du sac le plus loin possible de la peau. Sans parler des avantages qu'offre cette manière d'opérer au point de vue de la cure ultérieure de l'anus contre nature, on éloigne ainsi tout danger d'infiltration stercorale et de péritonite. En effet, sans doute la perforation intestinale est ultérieurement inévitable, mais les adhérences s'établissent entre l'intestin et l'orifice abdominal du sac, et la plaie externe ou sanglante a le temps de s'organiser avant que cette perforation se produise. Aussi, quand l'intestin se rompt et verse dans la plaie les matières septiques qu'il contient, le foyer traumatique déjà organisé n'est plus capable d'absorption.

J'ai observé dans le service de M. Verneuil un fait qui confirme pleinement cette manière de voir.

Il s'agissait d'un homme atteint de hernie étranglée et dont l'intestin fut trouvé malade au cours de l'opération. M. Verneuil pratiqua d'abord le lavage avec une solution phéniquée forte, puis la suture de l'intestin aux parois du sac, après avoir débridé l'étranglement. Un pansement de Lister fut appliqué. La fièvre traumatique fut à peu près nulle; la température monta à 38°,1 le soir de l'opération; ce fut le maximum. Le quatrième jour, la perforation se fit; une fistule stercorale s'établit, cependant la température ne varia pas et l'apyrexie resta complète.

Plus tard l'anus contre nature guérit spontanément.

		Matin.	Soir.
TABLEAU IX.	1er jour....	36°,8 (opération).	38°,1
	2e »	37, 9	37 ,6
	3e »	37	37 ,9
	4e »	37 (perforation intestinale).	37 ,7
	5e »	36 ,7	37 ,6
	6e »	36 ,8	37 ,6
	7e »	36 ,7	»

[J'ai insisté il y a vingt-deux ans sur les propriétés irritantes du liquide renfermé dans le sac d'une hernie étranglée, mentionnées déjà par divers auteurs (*Bull. soc. de chir.*, 27 mars 1861, p. 221, et 1880, p. 486).

Jarjavay ne les ignorait pas, et d'après M. Terrier, son ancien interne, il avait soin d'éponger le liquide du sac avant de rentrer l'intestin (*Bull. soc. de chir.*, 1880, p. 489).

En 1874, M. Bouïssou, dans sa thèse inaugurale, écrit un court chapitre sur les abcès consécutifs à la ponction aspiratrice, à l'aide de deux observations et de remarques tirées de ma clinique, et mentionne nettement le rôle que j'attribuais au liquide du sac dans la production de ces abcès[1].

Mais dans tout cela il n'est pas question des bactériens.

Cependant en 1869[2], M. Nepveu les avait cherchés et trouvés chez des malades de mon service atteints de hernie étranglée, et en 1873, chez un enfant que j'opérai avec M. Berger et qui mourut à la suite de la suppuration d'un kyste du cordon (*Bull. et mém. soc. de biol.*, 1875, t. XXVII, p. 88, et *Revue des sciences méd. de Hayem*, 1878, t. XII, p. 344.

La constatation de ces bactéries me conduisit, à partir de cette époque, à pratiquer le lavage de l'intestin *avant de le rentrer* dans la cavité abdominale après la kélotomie.

M. Lister et M. Lucas-Championnière, en pratiquant le spray dans la kélotomie pour étranglement herniaire, avaient pour but d'enlever le sang et la sérosité issue de l'intestin par ulcération, ou pour détruire les bactériens de l'air, mais n'ont point songé à ceux qui étaient sortis de l'intestin étranglé sans aucune perforation.

M. Nepveu est revenu récemment sur cette importante question[3]. — A. V. 1883.]

1. *De l'opportunité de la ponction aspiratrice dans le traitement de la hernie étranglée*, p. 40.

2. M. Nepveu dit 1870, mais comme il était mon interne en 1869, il y a évidemment erreur, à moins que ce ne soit pendant la guerre qu'il ait fait ces observations.

3. *De la présence des bactériens et du cercomonas intestinalis dans la sérosité péritonéale de la hernie étranglée et de l'occlusion intestinale* (*Soc. de biologie*, séance du 9 juin 1883, puis Congrès de Rouen, août 1883.

PROCÉDÉS ANTISEPTIQUES APPLICABLES AUX PLAIES DU RECTUM.

Fort exposées à des causes multiples d'infection, les plaies du rectum bénéficient tout particulièrement des pansements antiseptiques.

Je ne décrirai pas les accidents graves et nombreux auxquels exposent les opérations pratiquées sur l'extrémité inférieure de l'intestin ; sans parler de la cellulite pelvienne diffuse, dont M. Bouilly [1] a si bien fait l'histoire, et sur la nature septicémique de laquelle le doute ne peut subsister, l'infection purulente, la péritonite, le phlegmon diffus, les rétentions stercorales et gazeuses sont autant de complications à craindre et à prévenir. Or une des causes les plus efficaces de ces divers accidents est précisément le pansement classique qui d'habitude est appliqué sur les plaies de cette région.

M. Bouilly conseille, comme moyen préventif de la cellulite pelvienne diffuse, la suppression de toutes les pièces de pansement (mèche, tampon de charpie, bandage en T), dont le résultat immédiat est la rétention des fèces, des gaz intestinaux et des produits putrides de la plaie : il y substitue simplement quelques doubles de gaze de Lister appliqués sur l'anus sans aucune pression. C'est déjà un progrès, mais la mesure est insuffisante pour les opérations de quelque importance.

J'examinerai successivement l'opération de la fistule à l'anus, la rectotomie linéaire pratiquée pour les rétrécissements, enfin l'extirpation du rectum, partielle ou totale.

1° Fistule a l'anus. — Pour répondre aux exigences de la chirurgie antiseptique, la fistule à l'anus doit toujours être opérée à l'aide d'un procédé de diérèse non sanglante : thermo-cautère ou écraseur [2]. L'essentiel étant de créer une plaie incapable d'absorption septique, le thermo-cautère réalise ce désidératum mieux que tout autre instrument.

La ligature élastique peut être employée pour les petites fistules, qui guérissent d'ailleurs par tous les procédés ; d'après M. A. Simon[3],

1. Bouilly, *Cellulite pelvienne diffuse* (*Archives générales de médecine*, janvier et février 1879.

2. André, *Sur le traitement de la fistule à l'anus par le thermo-cautère* (Thèse de Paris, 1878, n° 345, p. 30).

3. A. Simon, *Thèse* de Paris, 1879 p. 45.

qui en a fait une étude tout particulière et un peu enthousiaste, elle ne donnerait lieu qu'à un très faible mouvement fébrile et n'exposerait à aucun accident!

Quant au pansement, le mieux est de n'en pas faire et de se borner à pratiquer dans l'anus des injections et sur la plaie des pulvérisations fréquentes avec les solutions de chloral, d'acide phénique ou d'acide borique à 1/100.

M. Lucas-Championnière [1] conseille de toucher les lèvres de la plaie avec un pinceau trempé dans une solution de chlorure de zinc à 8/100, dont la vertu antiseptique est à la fois puissante et persistante; je n'ai aucune expérience personnelle sur cette manière de faire, qui peut d'ailleurs être excellente.

Je pourrais relater plusieurs observations de fistules à l'anus, opérées et pansées, suivant la méthode adoptée par M. Verneuil, mais un seul exemple suffira.

Obs. VII. — *Double fistule à l'anus consécutive à un phlegmon de la fosse ischio-rectale. — Rectotomie sur une seule des fistules; la seconde, ne communiquant pas avec le rectum, est simplement débridée superficiellement* [2].

L'opération fut faite au thermo-cautère ; le pansement consista en injections et en pulvérisations avec la solution d'acide phénique à 1/100. Le thermomètre monta à 38° le soir de l'opération; il ne dépassa pas 37°,5 les autres jours ; la guérison fut complète et ra-

		Matin.	Soir.
Tableau X.	1er jour.....	37°,2 (opération).	38°,1
	2e »	37 ,2	37 ,5
	3e »	37	37
	4e »	37 ,5	37 ,5
	5e »	36 ,9	

1 Lucas-Championnière, *Chirurgie antiseptique*, 1880, p. 63.

2. Si l'on excepte quelques cas plus ou moins compliqués, la fistule anale est à coup sûr l'une des affections chirurgicales les plus simples, les plus bénignes et les plus faciles à guérir. Cependant les chirurgiens se sont évertués à multiplier outre mesure, pour la traiter, les méthodes et procédés opératoires.

Depuis vingt ans au moins, je proteste dans mon enseignement et dans ma pratique contre ce luxe inutile, combattant au même titre les inventeurs de futilités et ceux qui conservent encore les pratiques surannées. Ainsi je proscris aussi résolument la ligature élastique que l'emploi de l'instrument tranchant; de même je ne conseille ni l'anse galvanique, difficile à manier, ni l'excision, au moins inutile. Je m'élève surtout de toutes mes forces contre l'usage absurde de la mèche de charpie, dont je suis encore à chercher les avantages.

Tout se résume pour moi en un bien petit nombre de préceptes : 1° Section

pide et arriva sans aucun incident, malgré l'étendue des fistules opérées.

2° Rectotomie linéaire pour les rétrécissements du rectum. — L'opération de la fistule à l'anus est en réalité une rectotomie, pour peu que la fistule remonte un peu haut; j'ai dû cependant étudier à part la rectotomie linéaire pratiquée pour des rétrécissements du rectum, en raison des indications spéciales de pansement, fournies par les phénomènes de rétention stercorale et gazeuse et par l'étendue de l'incision intestinale.

La rectotomie linéaire, dont la paternité appartient à M. Verneuil, est d'ailleurs une opération réglée, palliative dans la majorité des cas, qui entre en concurrence avec l'entérotomie par la méthode de Littre ou de Callisen, pour lutter contre les phénomènes d'occlusion du rectum.

Je ne veux ni décrire le manuel opératoire ni poser les indications, ni même discuter la valeur de la rectotomie comparée à l'entérotomie; je ne l'étudierai qu'au point de vue du pansement antiseptique.

Le traumatisme opératoire dans la rectotomie porte toujours en plein tissu pathologique, puisque l'opération consiste à inciser le rétrécissement. Il faut distinguer néanmoins, au point de vue du succès des procédés antiseptiques, les rétrécissements syphilitiques, dysentériques ou inflammatoires, et les rétrécissements cancéreux. Les premiers donnent lieu tout au plus à un certain degré de rectite; en tout cas, ils ne fournissent pas de sécrétions putrides abondantes. Les seconds, au contraire, sont en général composés d'un tissu ulcéré rempli d'anfractuosités où la matière septique réside en abondance. C'est assez dire que la désinfection des plaies de la rectotomie sera plus facile dans les rétrécissements syphilitiques ou dysentériques que dans les rétrécissements cancéreux. Mais il est une condition fâcheuse commune aux deux espèces de rétrécissements et qui augmente singulièrement les difficultés de la désinfection.

des trajets par un procédé de diérèse non sanglante, écraseur linéaire ou thermo-cautère, ce dernier applicable 95 fois sur 100.

2° Pansement antiseptique plus ou moins rigoureux et prolongé suivant les cas.

3° Suppression de tout corps étranger dans le foyer opératoire.

Dans ces derniers temps j'ai modifié un peu mon programme pour le cas spécial des fistules chez les tuberculeux, quand je me décide à les opérer. Je fends à l'ordinaire les trajets avec le thermo-cautère, avec la curette je gratte la paroi pour enlever la couche tuberculeuse, puis je cautérise de nouveau le foyer ainsi purgé, enfin je saupoudre la plaie d'iodoforme pulvérisé. Je renouvelle tous les deux jours environ l'application de cette poudre. — A. V. Oct. 1883.

La rectotomie est toujours pratiquée pour parer aux accidents de la rétention stercorale et gazeuse : or l'on sait la quantité énorme de matières fécales qui peut s'enmagasiner dans l'intestin avant que les accidents menaçants surviennent ; on sait aussi combien ces matières, dures, noires, concrètes, infectes, ont des propriétés putrides énergiques. Dès lors, quand, l'opération faite, arrive la débâcle, une quantité considérable de matières très septiques vient polluer le foyer ; matières dures, dont l'expulsion sera accompagnée d'efforts et qui déchireront plus ou moins la plaie lors de leur passage, ouvrant ainsi elles-mêmes une voie à l'inoculation du poison qu'elles contiennent. Tout semblant donc conjuré pour multiplier les chances de l'intoxication, il est indiqué de multiplier les précautions antiseptiques

D'ailleurs ces précautions n'arrivent pas à neutraliser absolument le poison et à supprimer toute fièvre septique : modérer, maîtriser cette fièvre, la maintenir dans des limites peu inquiétantes et prévenir les complications graves, tel est le résultat qu'il faut poursuivre et que l'on obtiendra d'autant mieux que les soins seront plus méticuleux.

Les procédés de diérèse antiseptique devront être mis en usage, mais ils sont loin de suffire ; ils échoueraient même certainement, s'ils n'étaient pas suivis de pansements bien dirigés.

Donc, après avoir fait la rectotomie au thermo-cautère ou même à l'écraseur, suivant les règles connues, on lavera largement la plaie avec une solution phéniquée forte, à l'aide d'une éponge ou d'un irrigateur. Cela fait, une grosse sonde en caoutchouc rouge, préalablement trempée dans une solution phéniquée forte, sera introduite dans le rectum, de telle sorte que son extrémité dépasse la limite supérieure de l'incision rectale ; elle sera fixée à l'une des lèvres de la plaie anale, par un point de suture, et servira à pratiquer des injections fréquentes avec une solution de chloral à 1/100. On fera en outre des pulvérisations phéniquées ou chloralées toutes les deux heures, en écartant doucement les fesses, mais en évitant toute manœuvre capable de faire saigner et de déchirer la plaie.

Quelques doubles de mousseline phéniquée ou de gaze de Lister seront simplement interposés entre les fesses dans l'intervalle des injections et des pulvérisations. Il ne sera pas placé de mèches. On pourrait aussi, suivant les préceptes de Lister et de M. Lucas-Championnière, toucher la plaie avec la solution de chlorure de zinc à 8/100, mais ce ne serait en tout cas qu'un adjuvant.

Il est impossible naturellement, puisqu'il s'agit de rétrécissement, de vider l'intestin avant l'opération; il faudra donc redoubler de précautions et de soins à l'heure de la débâcle.

Il est des cas où l'opération est immédiatement suivie de selles profuses qui vident à peu près l'intestin; on pratiquera alors, aussitôt l'évacuation terminée, un grand lavage à l'eau phéniquée forte (2 ou 5 pour 100); il est rare toutefois que l'on évite ainsi la fièvre cavitaire; mais, dès le lendemain, cette fièvre tombera, à moins cependant qu'une nouvelle évacuation ne soit survenue dans la journée ou dans la nuit.

D'ailleurs, en général, les choses ne se passent pas ainsi; l'opéré rend bien quelques gaz et quelques matières, mais il n'y a pas débâcle véritable [1]. Si dans ces conditions les accidents de la rétention ne sont pas pressants, il n'y a aucune utilité à hâter l'évacuation, il est bon au contraire d'attendre un ou deux jours, pour donner à la plaie le temps de s'organiser. Mais une fois l'évacuation commencée, il y a tout avantage à l'activer le plus possible, afin d'en diminuer la durée et les inconvénients. On donnera alors des purgatifs, dont le meilleur est sans contredit l'huile de ricin administrée par cuillerées à café toutes les demi-heures. Il faudra administrer en même temps des lavements antiseptiques, au chloral ou à l'acide borique, à la fois plus abondants et plus nombreux.

Si, au contraire, la rétention provoque des accidents sérieux, il faut sans hésiter donner immédiatement un purgatif, en ayant soin de pratiquer de fréquents lavages de la plaie.

Quoi qu'il en soit, la débâcle se traduira presque toujours par une élévation de la température, car elle s'accompagnera le plus souvent d'une déchirure de la plaie et d'une inoculation septique.

En résumé, les indications sont précises : 1° créer une plaie non saignante; 2° ramollir autant que possible les matières à évacuer, pour que la débâcle se fasse plus librement; 3° désinfecter et laver la plaie le plus soigneusement possible. On n'obtient que rarement

1. Il n'est pas rare de voir la rectotomie ou la création d'un anus contre nature faire cesser subitement le ténesme, les coliques, et d'une manière générale tous les accidents de la rétention y compris la septicémie intestinale.

Tel malade, qui avant l'opération se présentait à la garde-robe plus de vingt fois dans la journée, rend à la suite de l'incision ou de l'ouverture de l'intestin quelques matières et quelques gaz, puis reste plusieurs jours de suite sans rien évacuer et sans éprouver le moindre malaise, bien que l'intestin contienne encore une quantité très considérable de matières accumulées.

Il faut souvent, au bout de trois ou quatre jours, recourir aux purgatifs pris par la bouche, mais on peut sans inconvénient laisser les malades se remettre de leur opération et ajourner les évacuations. — A. V. 1883.

une antisepsie complète et par conséquent l'apyrexie, mais les accidents graves et les complications sérieuses sont le plus généralement conjurés.

Le succès des procédés de pansement antiseptique varie d'ailleurs suivant les cas.

Lorsque la rectotomie est pratiquée pour des rétrécissements cicatriciels et qu'il existe seulement un peu de rectite, lorsqu'elle est faite comme opération adjuvante sur un rectum sain, ou qu'elle est préventivement appliquée avant les accidents de rétention, les résultats sont en général meilleurs. On a de la fièvre cavitaire le soir de l'opération, mais dès le lendemain la température descend à 37° et 38° et oscille entre ces deux chiffres.

L'observation suivante, prise chez un opéré qui était dans les plus mauvaises conditions, puisqu'il avait subi à la fois la laparotomie et la rectotomie pour un corps étranger du rectum et qu'il avait de la rétention stercorale datant de onze jours, est un bel exemple de l'efficacité des procédés antiseptiques, lorsque le rectum incisé est relativement sain.

M. Verneuil fit la rectotomie à l'aide du thermo-cautère; mais les nombreuses manœuvres pratiquées ultérieurement dans le rectum déchirèrent certainement l'eschare. Un pansement de Lister, recouvert d'ouate (Lister-Guérin), fut appliqué sur la plaie abdominale réunie par une suture appropriée.

L'antisepsie de la plaie périnéale et de la cavité rectale fut réalisée en introduisant dans cette cavité, jusqu'à $0^{m},15$ de profondeur, une sonde en caoutchouc rouge de $0^{m},012$ de diamètre, fixée à la marge de l'anus par un point de suture traversant la sonde de part en part et comprenant une bonne épaisseur de parties molles. Par cette sonde on fit toutes les deux ou trois heures une injection avec 60 à 80 grammes d'une solution d'hydrate de chloral à 1 pour 100. On fit en outre le plus fréquemment possible des pulvérisations en écartant doucement les fesses. Le chloral avait été spécialement choisi dans ce cas en raison de ses propriétés antiseptiques et en même temps calmantes.

La débâcle eut lieu aussitôt après l'extraction du corps étranger; la constipation datait de onze jours.

Les suites furent fort simples. Il y eut un peu de fièvre le soir; mais, dès le lendemain, l'apyrexie fut complète. Il se produisit même une intoxication assez prononcée par le chloral; l'opéré était somnolent; il se réveillait à peine pour répondre brièvement aux questions

qu'on lui posait et retombait bientôt dans son engourdissement. On se borna à diminuer un peu le nombre des injections. Le chloral fut d'ailleurs retrouvé et décelé dans les urines avec la liqueur de Fehling.

Le cinquième jour, la plaie abdominale était complètement réunie; la sonde rectale se détacha; on ne la replaça pas. La température monta un peu le huitième jour; on remit la sonde pour faire les injections, et la température baissa.

Le onzième jour, l'opéré se leva; il eut un peu de fièvre le soir, mais le lendemain la température retomba à 37°.

Moins d'un mois après l'extraction, l'opéré sortit presque totalement guéri, ne conservant plus qu'une petite plaie rectale en bonne voie de cicatrisation.

Voici d'ailleurs l'observation complète, telle qu'elle a été communiquée à la société de chirurgie.

Obs. VIII. — *Corps étranger volumineux introduit par l'anus et arrêté à la partie supérieure du rectum. — Laparotomie permettant de mobiliser le corps étranger et de le pousser de haut en bas. — Extraction par l'anus facilitée par la rectotomie linéaire. — Plaie de l'abdomen réunie par première intention et recouverte du pansement de Lister-Guérin; plaie rectale traitée par les injections antiseptiques réitérées. — Guérison sans accident* [1].

Pierre Chouart, quarante-cinq ans, taille moyenne, de forte constitution, marié et père de famille, a passé douze ans dans les colonies, où il a contracté à deux reprises différentes une dysentérie grave. Soldat en 1870, il fut prisonnier en Allemagne, où sous l'influence du froid et des privations, il fut atteint de nouveau d'une diarrhée qui dura trois mois. Les selles, fréquentes, peu abondantes, renfermaient le plus souvent un peu de sang et des matières glaireuses.

Cet état fut suivi, quelques mois plus tard, d'une incontinence des matières fécales s'exagérant surtout au printemps et à l'automne, et d'autant plus prononcée que les matières avaient moins de consistance; les fèces solides elles-mêmes s'échappaient par l'anus quand le patient faisait quelque effort un peu énergique. Le linge était habituellemeni taché par un mélange de muco-pus et de liquides stercoraux.

Très incommodé par cette infirmité qui l'empêchait de se présenter

1. Verneuil, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 5 mai 1882, p. 281.

au dehors et le gênait dans son travail, Chouart imagina de boucher l'anus avec une boule de bois entourée de linge qu'il introduisait dans le rectum ; un bout du linge restait au dehors pour permettre l'extraction facile du tampon solide. C'était de coutume la femme du patient qui plaçait et ôtait le corps étranger. Peu à peu l'anus se dilata considérablement, et il fallut augmenter sans cesse le volume du bouchon rectal.

Le 16 avril, Chouart travaillant dans une forêt et devant soulever de lourds fardeaux, voulut procéder à l'oblitération anale habituelle ; malheureusement, manquant de linge, il se contenta de couper un tronçon de bois de merisier, qu'il arrondit par une extrémité pour faciliter l'introduction, et auquel il laissa même son écorce, à la vérité assez lisse. L'expédient réussit et l'occlusion fut obtenue. Le soir, cependant, le cylindre ligneux, remontant peu à peu, quitta la région anale pour se porter dans l'ampoule rectale. En vain le patient fit des efforts de défécation ; le bouchon resta immobile, empêchant toute évacuation et jusqu'à l'expulsion des gaz, pourtant sans déterminer une grande douleur. Les choses restèrent ainsi jusqu'au mercredi suivant, 21 avril. Mais les souffrances survenaient, la rétention complète continuait, les urines elles-mêmes étaient difficilement rendues ; c'est pourquoi Chouard alla consulter un médecin. Celui-ci reconnut sans peine le corps étranger à une petite distance de l'anus et, pendant deux heures, fit toutes sortes de tentatives d'extraction. Non seulement il causa beaucoup de douleurs, provoqua une hémorrhagie assez forte et n'obtint aucun résultat, mais il amena même une aggravation du mal, car, à un moment, il fit remonter le corps étranger qui devint inaccessible. Devant son impuissance, il conseilla au patient de se rendre à Paris.

Chouard partit le 22 et alla trouver M. le Dr Dubrisay, qui me l'envoya le lendemain 23. Je fis l'admission sans me douter de la gravité du cas, car le malade venait à pied me présenter lui-même sa lettre et paraissait à peine souffrir.

Je ne fis donc pas l'examen ce jour-là.

Le lendemain, 24 avril, à la visite du matin, M. Bruchet, interne du service, me mit au courant des antécédents, et me présenta le modèle du corps étranger taillé dans du papier par le malade lui-même. Nous explorâmes en vain la cavité rectale. Bien qu'elle fût très spacieuse et très dilatable, et que le périnée n'opposât point de résistance, nous ne pûmes atteindre par cette voie le corps en question ; en revanche, en déprimant la paroi abdominale antérieure, nous trouvâmes une saillie profonde, dure, un peu douloureuse au

toucher, à gauche de la ligne médiane et du promontoire sacro-vertébral. Le ballonnement du ventre, assez prononcé déjà, et la sensibilité à la pression rendaient cette exploration malaisée : cependant nous ne doutâmes nullement de l'existence, en ce point, du cylindre ligneux.

L'indication était formelle, mais les moyens de la remplir étaient moins évidents et j'éprouvai le besoin d'y réfléchir.

Aucune tentative n'ayant été faite pour provoquer l'expulsion spontanée, je crus pouvoir essayer quelque chose ; je prescrivis donc un purgatif léger, un bain et de larges cataplasmes sur le ventre. J'étais d'autant plus autorisé à attendre que les accidents n'étaient pas pressants. Il y avait des coliques assez fortes de temps à autre, une absence complète d'évacuations solides, liquides et gazeuses, mais point de nausées ni de vomissements, point d'altération des traits, ni augmentation ni diminution de la température ; la miction était un peu gênée et les envies d'uriner plus fréquentes, mais il n'y avait aucune menace de rétention ; les douleurs du côté de la cavité rectale étaient presque nulles.

Les prescriptions anodines restèrent sans effet. Le purgatif augmenta les coliques et provoqua des vomissements bilieux assez abondants, de sorte qu'ayant, le 26 au matin, retrouvé les choses au même point, il fallait sans remise et sans hésitation procéder à l'opération.

Voici le plan que j'avais conçu :

N'arrivant pas même à atteindre par le toucher rectal le corps étranger, que je croyais déjà logé dans l'S iliaque, je ne songeai point à procéder par les voies naturelles. Sans doute, en pratiquant la rectotomie linéaire comme acte préparatoire, j'aurais pu gagner quelques centimètres, mais il ne m'en aurait pas moins fallu manœuvrer à une grande profondeur, en pleine cavité abdominale, et courir la chance, avec mes instruments conduits et maniés à l'aveugle, de perforer les parois intestinales, qui déjà peut-être étaient ramollies, enflammées ou ulcérées.

Je prévoyais encore à l'extraction directe un obstacle provenant de la paroi du rectum. En effet, si l'anus était large et extensible, si l'ampoule rectale était spacieuse, la cavité de l'intestin diminuait considérablement au-dessus de cette dernière, obstruée qu'elle était par un gonflement œdémateux ferme et résistant de la muqueuse.

Je pus me convaincre peu de temps après de l'exactitude de mes prévisions. En supposant même que j'aie pu saisir, plus ou moins

facilement, le corps étranger, j'avais grand'peur en l'attirant en bas de vive force de rompre les attaches de l'intestin ou de déchirer sa paroi elle-même. En un mot, me représentant, d'une part, les difficultés, je dirai presque l'impossibilité, de l'extraction par les voies naturelles, et de l'autre, les dangers de produire des désordres graves avec ou sans réussite immédiate, je crus moins exposer la vie du patient en allant tout droit chercher le corps étranger où il était, c'est-à-dire en ouvrant la cavité du ventre.

Voici, du reste, comment je comptais procéder : inciser la paroi abdominale sur la ligne médiane dans la région hypogastrique, reconnaître le corps étranger et l'amener au dehors avec le segment de l'intestin qui le renfermait et que je croyais être l'S iliaque du colon, fixer temporairement l'anse intestinale au dehors et l'isoler autant que possible de la cavité abdominale, pour éviter toute introduction de matière intestinale dans le péritoine, ouvrir l'intestin suivant son axe longitudinal et dans la moindre étendue possible pour en faire sortir le corps étranger, prendre suivant l'état anatomique de la paroi intestinale l'un des partis suivants : 1° en cas d'intégrité, recoudre la plaie avec le catgut par le procédé de Lembert, réduire l'anse et refermer l'incision abdominale ; 2° en cas d'altération des tuniques intestinales, établir un anus contre nature qu'on aurait fermé quelque temps après, dès que les accidents auraient totalement disparu.

Je me mis à l'œuvre aussitôt, ayant pour m'assister, outre mon personnel ordinaire, deux de mes collègues : M. Polaillon, mon voisin à la Pitié, et M. Lucas-Championnière. Tout l'appareil instrumental, ainsi que les mains de mes aides et les miennes, avaient été soigneusement lavés à la solution phéniquée forte. Un pulvérisateur à l'alcool projetait sur la région abdominale un nuage de vapeurs phéniquées.

La vessie étant reconnue et vidée par le cathétérisme, je fis à la région hypogastrique une incision de 6 centimètres sur la ligne médiane de préférence, parce que j'étais sûr de ne rencontrer là ni vaisseau important ni muscles, et d'obtenir aisément la réunion immédiate. J'espérais, d'ailleurs, atteindre sans peine le corps étranger, qui était proche de cette ligne médiane, et amener facilement jusque-là l'S iliaque du colon.

Le ventre ouvert, je portai aussitôt deux doigts de ma main gauche à la recherche du corps étranger, que je trouvai sur-le-champ, et auquel, à travers l'intestin qui le contenait, je reconnus aussitôt la forme et les dimensions qui avaient été préalablement indiquées par

le malade. En revanche, grande fut ma surprise, quand je constatai sa situation exacte et ses rapports.

Donnons d'abord, pour l'intelligence de ce qui va suivre, quelques détails anticipés sur la forme et les dimensions du corps étranger. Il s'agissait d'un cylindre de bois de merisier très régulier, de 8 centimètres de long et 6 centimètres de diamètre; l'une des extrémités était coupée perpendiculairement à l'axe, l'autre arrondie et rendue mousse pour faciliter l'introduction. La surface était lisse, encore recouverte d'écorce. Le bois récemment coupé était lourd et dur.

Quand à la situation, au lieu d'être dans l'S iliaque, le corps étranger occupait la partie la plus élevée du rectum qu'il remplissait complètement. Il y était placé de façon que son extrémité arrondie tournée directement en avant, proéminait dans la cavité abdominale au niveau du détroit supérieur, tandis que l'extrémité coupée carrément reposait sur la symphyse sacro-iliaque. En d'autres termes, le grand axe du cylindre était presque horizontalement dirigé d'arrière en avant et de bas en haut. Ajoutons que ce cylindre était solidement fixé dans cette situation et paraissait tout à fait immobile ainsi que le rectum qui le contenait.

Cette constatation, on le conçoit, mettait à néant tout mon plan opératoire, car il était impossible d'amener au dehors et d'y ouvrir le segment d'intestin renfermant le corps étranger. Inutile de dire que je ne songeai pas un instant à inciser le rectum *in situ*, c'est-à-dire au niveau de son attache supérieure, car, en dépit de toutes les précautions et devant faire une ouverture énorme, j'aurais vu les matières stercorales et les gaz qui distendaient le tube intestinal faire irruption dans la cavité péritonéale.

Dans ma perplexité et cherchant s'il ne serait pas possible de faire remonter le corps étranger jusque dans l'S iliaque, je l'ébranlai en divers sens en prenant, j'ai à peine besoin de le dire, le plus grand soin pour ne pas contondre la paroi intestinale. Après quelques minutes d'essais infructueux, je fus assez heureux pour changer la position du cylindre et le remettre dans l'axe du rectum; en même temps, il me sembla que je l'avais fait descendre de quelques centimètres. M. Lucas-Championnière, à ma demande, s'assura par le toucher rectal que le corps étranger était, en effet, descendu, et qu'on pouvait atteindre assez aisément sa grosse extrémité.

Dès lors je changeai de plan opératoire. Ne voulant point reporter dans le péritoine mes doigts souillés de matières fécales, je confiai à M. Polaillon le soin de pousser le corps étranger de haut en bas, tandis que j'essaierais de pratiquer l'extraction par l'anus.

Pour agir plus commodément, j'agrandis d'abord la plaie hypogastrique qui ne permettait guère que l'introduction de deux doigts, et lui donnai 10 centimètres d'étendue, afin que la main tout entière pût aisément pénétrer dans le ventre. Quelques anses d'intestin grêle, qui tendaient à s'échapper, furent réduites et maintenues par un aide, puis M. Polaillon introduisit dans la cavité abdominale et dans l'excavation pelvienne sa main gauche, au préalable soigneusement lavée à l'eau phéniquée et qui remplissait assez exactement la plaie de la paroi. Des compresses imbibées d'eau phéniquée furent disposées tout autour du poignet de mon confrère, de sorte que la cavité ne subit que très peu le contact de l'air. D'ailleurs, pendant tout ce temps, le pulvérisateur ne cessa pas de fonctionner.

Toutes ces précautions prises, je me plaçai à mon tour sur une chaise en face de la région anale, et je reconnus de nouveau le corps étranger. Son axe n'était pas encore parallèle à l'axe du corps, mais bien à la face antérieure du sacrum, de sorte qu'il se présentait, non par toute la surface de sa grosse extrémité, mais seulement par la demi-circonférence antérieure de celle-ci, c'est-à-dire par une arête tranchante; l'autre extrémité répondait à la face postérieure de la symphyse du pubis.

Je m'attendais si peu, j'en dois convenir, à faire l'extraction par les voies naturelles, que j'étais fort médiocrement outillé; je n'avais à ma disposition que de tenettes à taille et des pinces de Museux. Les tenettes articulées ne devaient me servir à rien, parce qu'elles ne pouvaient s'ouvrir assez largement pour pouvoir saisir le corps latéralement, et que, d'avant en arrière, elles glissaient sur la saillie angulaire, qui seule se présentait libre dans la cavité rectale. Il m'aurait fallu un petit forceps, comme on l'a employé plus d'une fois avec succès dans des cas de ce genre.

Je fus plus heureux avec les pinces de Museux. A plusieurs reprises, en effet, je pus à leur aide saisir le bout angulaire par lequel s'offrait le corps étranger et exercer une traction assez énergique. Malheureusement, le bois étant fort dur sur la coupe, les griffes n'y pénétraient pas; elles n'entraient que dans l'écorce qui tapissait le côté antérieur de l'angle, de façon que, lorsque la traction devenait un peu énergique, l'écorce se déchirait, et la pince dérapait. Je renouvelai à diverses reprises l'expérience, et, une fois entre autres, ayant combiné mes efforts avec ceux de M. Polaillon, nous fîmes d'un seul coup descendre de près de trois centimètres le cylindre qui, en même temps, présenta presque en entier la section perpendiculaire de sa grosse extrémité. Cette évolution était favorable, mais,

en revanche, elle ne me permettait plus de me servir des pinces de Museux.

J'envoyai alors chercher chez le menuisier de l'hôpital une vrille à bois, voulant m'en servir comme d'un tire-fond; mais le bois étant très dur, la vrille n'y pénétrait pas, bien que je pressasse très fort, M. Polaillon, qui soutenait cette pression, avait grand'peine à empêcher le corps de remonter dans le rectum. J'abandonnai cette tentative qui ne me donnait rien de bon.

J'eus alors recours à un autre artifice. Ayant désarticulé mes tenettes droites, je pris une des branches, je parvins non sans peine à la glisser entre le corps étranger et la paroi antérieure du rectum, et agissant comme avec le levier dans l'accouchement, je tentai à la fois de faire basculer le cylindre et de l'attirer en bas. Je crus avoir ainsi obtenu quelque chose, et je renouvelai l'essai en introduisant cette fois la cuiller de la tenette le long de la paroi postérieure du rectum.

Je devais prendre dans cette manœuvre certaines précautions, surtout en avant, car, si j'avais trop écarté mon levier de l'axe du rectum, et si je lui avais fait prendre un point d'appui sur le bord inférieur de l'arcade pubienne, j'aurais pu écraser l'urèthre. Plus haut, j'étais exposé à contondre la prostate et, plus bas, le bulbe uréthral. Force m'était donc d'exécuter, en même temps qu'un mouvement de bascule modéré, une traction directe suivant l'axe du petit bassin. Les dents de la tenette mordaient l'écorce du cylindre et l'arrachèrent plusieurs fois. Cependant, après une demi-douzaine d'introductions, j'avais fini par amener mon corps étranger à 6 centimètres environ de l'orifice anal.

J'avais pu, dans cette migration laborieuse, constater précisément l'obstacle apporté par la tuméfaction de la paroi rectale, qui arrêtait d'autant plus aisément le cylindre que celui-ci se présentait par son bout coupé carrément et par une circonférence presque tranchante. Je dois dire incidemment que, deux ou trois fois, j'essayai d'introduire ma main droite entière dans la cavité rectale, pour chercher à saisir directement le corps; je n'y réussis jamais, justement parce que la paroi rectale était si étroitemeut appliquée sur le bois, que je ne pouvais interposer entre eux le moindre de mes doigts, qui, cependant, ne sont pas très volumineux.

J'ai dit qu'après une demi-heure d'efforts, nous avions conduit notre corps étranger jusqu'à l'entrée supérieure de l'ampoule rectale. On eût pu croire que tout était fini, mais pas du tout : la descente semblait arrêtée. Voulant autant que possible abréger cette longue séance, je me résolus à faire la rectotomie linéaire.

En conséquence, le malade ayant été placé sur le côté gauche, la cuisse droite fléchie à angle droit, je fis en quelques minutes avec le thermo-cautère, sur la ligne médiane, une section allant de la commissure anale postérieure jusqu'à la pointe du coccyx. Ce débridement me donna sur-le-champ beaucoup de jour, et facilita tellement les manœuvres (continuées d'ailleurs avec la branche de la tenette) que, quelques minutes après, je tenais dans ma main et montrais à l'assistance le corps du délit.

Aussitôt après la rectotomie et l'introduction du levier, une certaine quantité de gaz infect et de matières liquides s'était échappée déjà; mais lorsque le bouchon ligneux fut extrait, l'anus donna passage à un véritable torrent de matières fécales d'une fétidité insupportable. Aussi mon premier soin fut-il de pousser à une grande hauteur dans la cavité rectale une injection abondante d'eau froide immédiatement suivie d'une injection d'eau phéniquée à 4 pour 100. Nous nous empressâmes également de laver tout le périnée, de changer les alèzes, et de désinfecter le plus possible le patient et le lit opératoire.

J'étais tellement fatigué de cette lutte violente, et ma main droite tremblait si fort, que je priai M. Polaillon, dont le secours m'avait été si précieux, et qui avait si bien secondé mes efforts, de vouloir bien encore exécuter la suture de la paroi abdominale.

On appliqua sur ce point trois sutures comprenant toute la paroi abdominale, et dans leur intervalle quatre sutures plus superficielles. Par-dessus fut placé un pansement de Lister, recouvert lui-même d'une couche d'ouate épaisse de 8 centimètres, solidement assujettie par un bandage de corps.

Pour la plaie périnéale et la cavité rectale, je voulais aussi faire un pansement antiseptique. C'est pourquoi j'introduisis dans la cavité rectale, jusqu'à 15 centimètres de profondeur, une sonde de caoutchouc rouge de 12 millimètres de diamètre, que je fixai à la marge de l'anus, par un point de suture traversant la sonde de part en part et comprenant une bonne épaisseur de parties molles. Par cette sonde devait être faite, toutes les deux ou trois heures, une injection avec 60 à 80 grammes d'une solution d'hydrate de chloral à 1 pour 100.

Je choisis de préférence cette substance, parce qu'elle jouit de propriétés antiseptiques très prononcées, et qu'elle ne m'exposait pas à un empoisonnement, comme j'ai eu l'occasion de l'observer après avoir employé l'acide phénique, dans un autre cas de rectotomie linéaire. L'absorption d'une certaine quantité de chloral ne m'effrayait nullement et pouvait, au contraire, être favorable en supprimant les dou-

leurs et donnant à l'opéré un calme nécessaire après cette rude opération, qui avait duré près d'une heure.

Les suites en furent fort simples. Le malade, reporté dans son lit, se réveilla bientôt, mais n'accusa point de vives douleurs. La journée se passa bien. Il n'y eut ni rétention d'urine, ni nausées, ni vomissement. Du bouillon et de l'eau rougie furent pris en abondance. On fit de deux heures en deux heures une injection chloralée, et plusieurs fois aussi, on nettoya soigneusement la région anale, souillée par les matières fécales. Il n'y eut pas d'hémorrhagie rectale. La température qui, au moment de l'opération, était à 37°, monta le soir jusqu'à 39°,1.

La nuit fut calme et le sommeil profond.

Le lendemain 27, je trouvai mon opéré dans un état de somnolence continuelle dû à l'action du chloral, ce qui ne l'empêchait ni de comprendre mes questions ni d'y répondre. Il ne souffrait de nulle part et se disait très heureux d'être délivré de ses coliques et de ses besoins d'aller à la selle. Il demandait à boire et à manger. La peau n'était point chaude; le pouls, calme et régulier, allait à peine à 80 pulsations. La température était à 38°5. Les urines peu abondantes étaient très rouges et chargées d'urates.

A peine avais-je terminé mon interrogatoire, que Ch... était déjà endormi. Je fis diminuer un peu le nombre et la concentration des injections chloralées. Je permis des potages et du lait. Je laissai sans y toucher le pansement de Lister ouaté. Le même soir, le thermomètre descendait à 37°1.

Le 28, apyrexie complète; douleurs nulles; appétit vif. Le malade se considère comme guéri et l'exprime en termes très gais. La vérité est qu'il n'existe aucun symptôme alarmant.

Je ne suivrai pas jour par jour les progrès de la guérison, aucun incident notable ne s'étant présenté; pouls, température, digestion, sommeil, tout était aussi normal que possible.

Une selle abondante, demi-solide, eut lieu le 29; elle ne fut pas douloureuse.

Le pansement de la plaie abdominale fut laissé en place jusqu'au sixième jour; il fut alors levé pour permettre l'ablation des sutures. La réunion immédiate avait complètement réussi, sauf en un point d'où s'échappa tout au plus *une petite goutte de pus*. Je fis remettre une compresse de mousseline imbibée d'eau phéniquée et une plaque de ouate, et le lendemain tout était fini de ce côté.

Le cinquième jour la sonde de caoutchouc rouge s'était détachée, et nous crûmes pouvoir nous dispenser des injections antiseptiques

intra-rectales et nous contenter des irrigations anales. Mais trois jours après, le malade accusa de nouveau de la douleur dans le petit bassin et un sentiment assez vif de cuisson à l'anus. En même temps le thermomètre monta à 38°,4. Nous prescrivîmes alors de faire deux injections chloralées par jour, avec la sonde de caoutchouc profondément introduite, et le surlendemain les symptômes locaux et l'élévation de température avaient disparu.

Dès le dixième jour je permis à Ch... de se lever et de se promener dans la salle. Sauf la plaie de la rectotomie, qui se cicatrisait à vue d'œil, on pouvait considérer la cure comme achevée. Chose remarquable, la dysentérie et l'incontinence, qui au dire du malade l'avaient amené à s'introduire des corps étrangers, ont à peu près complètement cessé. Les selles sont devenues relativement rares, ne s'effectuant que tous les deux ou trois jours; il a même fallu les favoriser un jour par l'administration d'un léger laxatif. Le catarrhe intestinal céda vers le quinzième jour et la région anale n'est que rarement souillée par des matières muqueuses plus ou moins sales.

Il sera intéressant de voir plus tard ce qu'il adviendra des fonctions intestinales et de la contractilité du gros intestin.

Je commenterai brièvement quelques points de cette histoire.

Un mot d'abord sur le diagnostic du siège. On a vu quelle erreur j'avais commise et comment, l'ayant reconnue au cours de mon opération, il m'avait fallu changer instantanément de plan opératoire. Je me reproche de n'avoir pas fait tout le nécessaire pour m'assurer à l'avance de la situation précise du corps étranger et de son degré de fixité. J'y serais parvenu sans doute en introduisant par l'anus une sonde œsophagienne en argent terminée par une volumineuse olive, instrument dont je me sers souvent pour le diagnostic des rétrécissements du rectum. L'olive aurait heurté le corps étranger, et, indiquant exactement sa profondeur, m'aurait démontré qu'il n'avait pas quitté le rectum, comme je l'avais cru.

Il y aurait eu aussi un autre moyen, consistant à introduire ma main tout entière dans la cavité rectale, procédé fort usité de l'autre côté du Rhin, où, paraît-il, il donne des résultats surprenants. Je ne m'y arrêtai pas, parce que ce mode d'exploration est dangereux, même pratiqué par les mains délicates des Allemands.

Je reviendrai aussi sur les premières tentatives d'extraction qui, non seulement furent infructueuses, mais encore aggravèrent singulièrement le cas. Le praticien y mit deux heures, causa des douleurs intenses et une hémorrhagie assez abondante. Il n'avait pas,

paraît-il, les instruments nécessaires; dès lors, il aurait dû abandonner plus tôt la partie ou faciliter la manœuvre par une opération préalable sans gravité. Je veux parler de la rectotomie linéaire qui, pratiquée quand le corps étranger était encore dans la région anale, eût rendu l'extraction très facile.

On a beaucoup de peine à faire comprendre à la majorité des praticiens que, loin de compliquer l'ablation des corps étrangers, les opérations préliminaires, et même la création de voies artificielles, en facilitent l'exécution et même en diminuent les périls; et que, d'autre part, l'extraction par les voies naturelles constitue fréquemment une opération laborieuse et pleine de dangers, lors même qu'elle est primitivement couronnée de succès.

Les opérations adjuvantes et préliminaires sont d'une telle importance que, dans le cas présent, je ne vois pas comment on aurait pu réussir sans leur concours. La rectotomie à la vérité n'était pas indispensable, mais elle a notablement abrégé une séance opératoire qui durait depuis longtemps déjà. Quant à l'ouverture du ventre, bien que pratiquée dans un tout autre but, elle n'a pas moins rendu les plus signalés services en permettant de dégager, de mobiliser et de faire descendre le corps étranger.

Une fois déjà la rectotomie et la gastrotomie ont été associées dans une opération ayant pour but d'extraire un corps étranger intestinal. Je fais allusion à cette belle observation qui nous a été communiquée par un chirurgien danois distingué, M. le Dr Studsgaard, de Copenhague. Toutefois, la succession des deux actes opératoires s'est faite en ordre inverse. On a commencé par fendre le rectum pour tâcher d'atteindre le corps, et la chose n'ayant pas été possible, on a abandonné la voie naturelle pour aller pratiquer la taille intestinale.

J'avais voulu, d'emblée, faire cette dernière opération, et la jugeant impossible, je me suis servi de la voie créée pour agir plus directement sur le corps étranger. Quant à la rectotomie, je l'ai faite non point au début, mais à la fin de la séance[1].

En somme, j'ai ouvert le ventre comme Pigray avait proposé de le faire, en cas de hernie étranglée, pour aller à la recherche de l'intestin et le réduire en l'attirant de dedans en dehors, contrairement à ce que fait le taxis, qui procède de dehors en dedans, — ou encore, comme l'a proposé un auteur, dont le nom m'échappe,

1. Voir, à la suite du travail de M. Jeannel, l'analyse d'un fait intéressant du même genre.

pour remédier à certains déplacements de la matrice par une ouverture faite à l'hypogastre.

Je ne veux pas m'étendre plus longtemps sur cette gastrotomie adjuvante, mais je me demande comment j'aurais pu sans son précieux concours sortir du mauvais pas où j'étais engagé.

Au reste c'est la quatrième fois, à ma connaissance, qu'on ouvre le ventre avec succès dans des circonstances plus ou moins comparables. On aura désormais d'autant plus de chances de réussir, et de raisons d'être hardi, qu'en s'aidant des précautions de la méthode antiseptique on peut réellement réduire à peu de chose le danger inhérent à la plaie péritonéale et aux lésions intestinales[1].

Ces précautions, dans le cas actuel, ont été les suivantes : nettoyage minutieux des instruments et des mains des aides, projection de la vapeur phéniquée sur la paroi abdominale depuis le début de l'opération jusqu'au moment où la suture a été complète, soin pris de placer dans l'abdomen la main de M. Polaillon, qui n'avait point pratiqué le toucher rectal, soin pris par moi-même de ne plus toucher à l'abdomen dès que j'eus reporté mes doigts dans l'intestin ; première irrigation du rectum et de la plaie de la rectotomie avec la solution phéniquée à 4 pour 100, dès que le cylindre ligneux a été extrait, injections antiseptiques très fréquemment renouvelés pendant les jours suivants; sur la plaie abdominale réunie par la suture, un pansement de Lister-Guérin.

Si tout cela semble un peu compliqué, au moins a-t-on complètement réussi, et à si peu de frais, et dans un délai si rapide, qu'il est impossible de ne pas reconnaître ici un nouveau triomphe de la méthode antiseptique et de ses procédés associés.

En effet, le problème à résoudre était difficile. Comme dans tous les cas de traumas multiples, on avait à traiter deux foyers distincts, l'un pariéto-péritonéal et l'autre ano-rectal. La marche mauvaise de l'un d'eux aurait pu nuire à l'évolution de l'autre, et si la fièvre traumatique s'était allumée à l'une quelconque des deux sources, le travail réparateur eût été à coup sûr entravé, sinon empêché, dans l'autre.

Restait le choix des procédés. Pour la plaie de la paroi abdominale, nulle hésitation : la suture minutieusement pratiquée et

1. Depuis que ces lignes sont écrites, on a maintes fois pratiqué la laparotomie exploratrice ou adjuvante. On a même abusé quelque peu du moyen, qu'il faut réserver pour des cas tout à fait exceptionnels. — A. V. 1883.

un pansement protecteur. Je choisis de préférence le pansement de Lister en appliquant par-dessus une épaisse couche d'ouate. Pour la plaie cavitaire, je mis en usage les irrigations antiseptiques réitérées avec le corps étranger le moins gênant, le mieux toléré, c'est-à-dire la sonde de caoutchouc rouge laissée à demeure. Maintes fois déjà dans des circonstances analogues (opérations sur la bouche, l'utérus, le vagin, la vessie, le rectum), j'ai agi de cette manière et suis arrivé à faire disparaître la fièvre traumatique à partir du deuxième jour, quelquefois même, quoique plus rarement, à empêcher son développement.

Dans le cas présent, la marche ultérieure des plaies, les symptômes des premiers jours et le tracé de la température prouvent que le but cherché a été complètement atteint.

TABLEAU XI.

	Matin.	Après-midi.	Soir.
1er jour....	37° (opération).	38°,5	39°,8
2e »	38 ,5	37	37 ,8
3e »	37 ,7	37 ,5	37 ,5
4e »	37	36 ,7	37 ,2
5e »	36 ,5	37	37 ,3
6e »	37	37 ,2	37 ,5
7e » .. .	36 ,5	»	37 ,4
8e »	38 ,8	»	37 ,8
9e »	36 ,2	»	36 ,3
10e »	37	»	37 ,1
11e »	37	»	38 ,5
12e »	37	»	37 ,2
13e »	37	»	37 ,2

Il est inutile d'insister sur la valeur de cette intéressante observation, dont le tracé thermométrique est suffisamment éloquent[1].

Lorsque la rectotomie est pratiquée sur des foyers cancéreux remontant trop haut pour être traités par une opération radicale, on peut affirmer que le succès des procédés antiseptiques sera beaucoup moins complet. En effet, non seulement la désinfection des tissus ulcérés et anfractueux sur lesquels porte l'incision est des plus difficiles, mais par sa nature même le tissu cancéreux (épithélioma le plus généralement) saigne et s'écorche aisément, ce qui ouvre une voie à l'absorption septique. Aussi l'antisepsie et l'apyrexie complètes seront-elles rarement obtenues dans les cas de ce genre.

1. Voir, à la suite du travail de M. Jeannel, une note sur *l'association des procédés antiseptiques.*

Il faudra donc des soins plus méticuleux que jamais, des irrigations continues et des pulvérisations fréquemment renouvelées pour détruire la matière septique au fur et à mesure de sa production. D'ailleurs, avec les soins ordinaires : injections et pulvérisations toutes les deux heures, on obtiendra sinon l'apyrexie, du moins l'absence d'accidents sérieux.

Voici l'observation d'une opérée chez laquelle les accidents de rétention stercorale étaient très intenses et s'accompagnaient de vives douleurs; la débâche n'eut cependant lieu que tardivement.

Obs. IX. — *Épithélioma annulaire du rectum développé sur le trajet d'une ancienne fistule à l'anus. — Accidents de rétention stercorale. — Rectotomie palliative. — Injections et pulvérisations chloralées.*

Fl... Eugénie, trente-neuf ans, entre à la Pitié le 12 mai 1880, service de M. Verneuil, pour un épithélioma annulaire du rectum développé sur le trajet d'une ancienne fistule à l'anus, et remontant à plus de huit centimètres. L'extirpation est impossible, mais comme on peut cependant, avec le doigt introduit dans le rectum, atteindre sinon dépasser les limites du mal, on pratique le 19 mai 1880 une rectotomie purement palliative, destinée à parer aux douleurs abdominales aiguës causées par la rétention stercorale. La malade ne va en effet à la selle qu'au prix de pénibles efforts qui aboutissent à l'expulsion de quelques matières diarrhéiques; elle éprouve dans le rectum et dans le ventre des douleurs intolérables.

Opération pratiquée au thermo-cautère sur la ligne ano-coccygienne; plaie lavée avec une solution phéniquée forte; grosse sonde en caoutchouc rouge introduite dans le rectum jusqu'au-dessus des limites du mal et fixée à la marge de l'anus par un point de suture.

Injections de 100 grammes d'une solution de salicylate de soude toutes les deux heures.

Le lendemain, 20 mai, l'état général est bon; cependant il n'y a pas eu de selles, l'opérée se plaint encore de douleurs abdominales, elle est agitée, a peu uriné et présente de la fièvre. On substitue le chloral au salicylate de soude pour calmer l'agitation.

21. — Mêmes douleurs, peu de fièvre, moins d'agitation. On porte les injections à 200 grammes.

22. — Plus de calme. Pulvérisations phéniquées sur la plaie, qui est douloureuse. Quatre injections chloralées et quatre pulvérisations phéniquées dans les vingt-quatre heures. Très peu de fièvre; appétit, mais pas de selles.

23. — Même état; pas de selles.

24. — Pas de selles et toujours des douleurs abdominales. On donne de l'huile de ricin. Selles à midi, puis à onze heures du soir et toute la nuit. L'opérée en faisant des efforts pour évacuer des matières dures, déchira probablement la plaie; aussi, le lendemain 25, il y avait élévation de la température. Les selles et les efforts continuèrent d'ailleurs toute la journée.

Le 27, un nouveau purgatif amena l'évacuation de matières dures; fièvre le soir.

A partir de cette époque, les douleurs abdominales causées par la rétention disparurent; la malade eut un peu de diarrhée qui fut facilement arrêtée. La rectotomie eut plein succès contre les accidents d'occlusion rectale; mais ne put rien naturellement contre le cancer, qui suivit sa marche[1].

		Matin.	Soir.
Tableau XII.	1er jour.....	37°,8 (opération).	39°,4
	2e »	38 ,6	39 ,4
	3e »	38 ,2	38 ,6
	4e »	38	38 ,4
	5e »	37 ,8	38 ,4
	6e »	38 ,2	38 ,4
	7e »	38 ,8	39 ,4
	8e »	38	38 ,2
	9e »	38	39 ,2
	10e »	37 ,8	37 ,8
	11e »	37 ,6	37 ,8
	12e »	37	

Cette observation intéressante montre d'abord la supériorité du

1. C'était pour la seconde fois que je voyais un épithélioma se développer sur le trajet d'une ancienne fistule anale.

Dans le premier cas, ne connaissant rien de semblable, je fis une erreur de diagnostic complète, entraînant un pronostic bénin et une thérapeutique tout à fait insuffisante.

Il s'agissait d'une dame, jeune encore, d'une belle constitution, qui avait eu six ou sept années auparavant un abcès de la marge de l'anus, qui s'était ouvert seul et terminé par une fistule. Pendant plusieurs années, cette affection fut négligée, car elle ne déterminait que des accidents peu sérieux.

Sur ces entrefaites, éclatèrent divers symptômes d'arthritisme, névralgies diverses, douleurs dans les petites jointures, sciatique, gravelle urique. Un jour, la région anale devint douloureuse à son tour. Appelé en consultation, je reconnus une fistule fort simple en apparence, ayant son orifice cutané à 4 centimètres environ du centre de l'anus, et son orifice profond au-dessus des limites supérieures du sphincter anal. La malade, pusillanime et agitée, se prêtait mal à l'examen, que je fis trop rapidement peut-être. J'avais été frappé de l'induration assez étendue qui régnait autour du trajet fistuleux, mais je crus à

chloral comme antiseptique et comme calmant. Le salicylate de soude était en effet resté impuissant contre la fièvre cavitaire, qui diminua en même temps que l'agitation dès qu'on employa le chloral. Il suffit en outre de lire comparativement l'observation et le tracé pour se convaincre ici de l'influence de la débâcle sur la marche de la fièvre. En effet les jours où cette débâcle se fit, sous la provocation d'un purgatif, il y eut exacerbation de la fièvre, jusque-là très modérée.

La sonde en caoutchouc rouge, profondément engagée dans l'intestin au-dessus des limites du mal, est d'une utilité extrême. Non seulement elle prévient la rétention gazeuse, que le gonflement des parties peut rendre complète, mais elle permet aussi une meilleure distribution du liquide injecté. Il est des cas où malheureusement elle ne peut être supportée, en raison des efforts douloureux d'expulsion qu'elle provoque. Il faut alors se résigner à l'introduire à chaque injection. Mais l'on n'obtiendra ainsi qu'une antisepsie très imparfaite. On n'ose pas, en effet, pousser la sonde assez profondément, par crainte de faire souffrir l'opéré; il reste toujours alors quelque portion de la plaie qui n'est pas irriguée, et la fièvre s'allume.

Je possède sur ce point deux observations très probantes. Il s'agit de deux opérées de rectotomie linéaire, l'une pour un épithélioma du rectum, l'autre pour un syphilome rectal; ni l'une ni l'autre ne purent tolérer la sonde; toutes les deux eurent de la fièvre, malgré

de simples indurations, et je n'accordai pas plus d'importance aux souffrances accusées par la patiente.

Je promis un soulagement prompt et une guérison prochaine. L'opération, faite avec l'écraseur linéaire, fut facile et pendant les premiers jours n'entraîna aucune suite fâcheuse.

Le médecin ordinaire s'étant chargé des pansements, je restai deux semaines sans inspecter les parties. Au bout de ce temps, les douleurs ne cessant pas, j'examinai l'état des choses, et vis, à ma grande surprise, l'anus distendu et la plaie opératoire comblée par de grosses végétations épithéliales, qui d'autre part remontaient à plus de six centimètres dans le rectum, dont elles effaçaient presqu'entièrement le calibre. Attéré de cette découverte, je fis l'examen microscopique, qui pourtant n'était pas nécessaire, de quelques-uns des bourgeons, ce qui confirma malheureusement mon nouveau diagnostic; je dus alors parler d'une seconde opération.

Le lendemain, à mon insu, on fit mander un chirurgien qui m'accusa hautement de tout ce qui était arrivé. Je reçus en conséquence une lettre me signifiant mon congé. La malade mourut quelques semaines après, avec un énorme fongus du rectum et de l'anus, et en proie à des souffrances terribles.

L'opération avait ici donné au néoplasme une impulsion extrêmement intense. Ce fait n'a sans doute que peu de rapport avec le sujet traité dans le mémoire de M. Jeannel, mais je le rapproche du précédent pour prévenir les chirurgiens de la possibilité d'une erreur bien fâcheuse. — A. V. 1883.

des injections et des pulvérisations. Voici le tracé de l'une d'elles, atteinte de syphilome rectal. On voit que l'insuccès du pansement antiseptique a été complet.

		Matin.	Soir.
Tableau XIII.	1er jour.....	37° (opération).	39°,8
	2e »	37	39
	3e »	37,8	39
	4e »	38	39,2
	5e »	37	38,8
	6e »	37,2	

3° Extirpation du rectum. — Les procédés de pansement sont les mêmes que pour la rectotomie. Mêmes préceptes aussi relativement à la débâcle. L'extirpation devant toujours être totale et enlever tout le mal, il ne doit jamais rester dans la plaie aucune trace de tissu pathologique sanieux et putride.

Il faut seulement distinguer les cas où l'opération est faite avec le thermo-cautère et l'écraseur, ou avec l'instrument trachant.

1° *Extirpation faite avec le thermo-cautère et l'écraseur, procédé de M. Verneuil.* — Je n'insisterai pas sur les avantages de cette combinaison, qui assure l'hémostase et prévient l'intoxication septique[1]. L'observation suivante est un bel exemple du succès de ce procédé et de la méthode de pansement consécutif.

Obs. X. — *Extirpation partielle du rectum, du sphincter anal et de la cloison recto-vaginale pour épithélioma.*

Fl... Marie, cinquante-sept ans, entrée en décembre 1879 à la Pitié, pour un épithélioma de la paroi gauche du rectum ayant envahi l'orifice anal et la cloison recto-vaginale sans accidents de rétention stercorale.

L'ablation de la tumeur est pratiquée par M. Verneuil, le 17 décembre, à l'aide du thermo-cautère et de l'écraseur linéaire.

L'opération laisse une large plaie demi-circulaire, à peu près de la largeur de la main et comprenant toute la moitié gauche du rectum avec une grande partie de la cloison recto-vaginale. Une grosse sonde en caoutchouc rouge est introduite dans le rectum au-dessus

1. On trouvera tous les développements nécessaires dans l'excellente thèse de M. Marchand, *Étude sur l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum*, Paris, 28 mars 1873, n° 116, p. 30.

des limites de la plaie et fixée par un point de suture à la marge de l'anus. Lavage complet de la plaie avec l'eau phéniquée forte. Quelques doubles de mousseline phéniquée interposés entre les fesses.

Trois fois par jour on pousse par la sonde 100 à 150 grammes d'eau phéniquée à 1/100. En outre, toutes les deux heures, pulvérisations sur la plaie avec le même liquide.

Le soir de l'opération, fièvre cavitaire légère, 38°5.

Les 18, 19, 20 décembre, excellent état, apyrexie.

Le 21, la sonde tombe, la plaie est d'ailleurs complètement organisée.

Le 22, purgatif, cinq selles très faciles, pas de fièvre.

Les jours suivants, la plaie marche sans accidents vers la guérison.

TABLEAU XIV.

	Matin.	Soir.
1er jour.....	Opération.	38°,7
2e »	37°,2	37 ,8
3e »	37 ,2	37 ,6
4e »	37 ,2	37 ,8
5e »	37 ,6	37 ,8
6e »	37 ,6	38
7e »	37 ,2	37 ,4
8e »	37	37 ,3

2° *Extirpation faite avec l'instrument tranchant.* — Le thermocautère et l'écraseur empêchent la réunion immédiate; l'instrument tranchant la permet au contraire : c'est le seul avantage à faire valoir en sa faveur.

En 1878, R. Volkmann[1] publiait sur l'extirpation du rectum un travail où il étudiait les différentes catégories de cas qui peuvent se présenter et décrivait pour chacun d'eux un procédé de pansement antiseptique. Il préconisait l'extirpation au bistouri, insistant tout particulièrement sur les moyens divers de suturer la plaie. A la vérité, s'il fallait s'en tenir à la lecture de ce mémoire, on ne saurait trop admirer les étonnants résultats obtenus par la suture et *le drainage extra-rectal;* on en arriverait à se persuader qu'il n'est pas d'opérations plus bénignes que celles qui se pratiquent sur le rectum devenu le plus complaisant des organes. Malheureu-

1. R. Volkmann, *Ueber den Mastdarmkrebs und die Extirpatio Recti*, dans *Sammlung klinischer Vorträge*, Abth. V, 1878, S. 1113).

Voir à ce propos la thèse de M. Piéchaud, concours d'agrégation en chirurgie, 1883.

sement, Volkmann ne cite pas d'observations détaillées; aussi lorsqu'il parle de résections longitudinales ou circulaires de la muqueuse rectale avec suture des deux lambeaux, d'excision du péritoine avec suture, etc., on n'en regrette que plus vivement le défaut de preuves.

Quoi qu'il en soit, Volkmann n'en préconise pas moins d'excellents moyens de pansement pour les cas où l'extirpation du rectum est faite au bistouri. Il insiste sur les soins préalables, sur le procédé opératoire, sur le drainage, sur les irrigations antiseptiques et sur le pansement.

a. *Soins préalables.* — Il faut, avant d'opérer, évacuer complètement l'intestin. L'administration d'un purgatif la veille, et d'un grand lavement ordinaire le jour même de l'opération, ne parvient pas à vider suffisamment l'intestin pour qu'aucune évacuation ne survienne au cours de l'extirpation. Il faut, lorsque le patient est chloroformé, pratiquer une irrigation abondante à l'aide d'un long et gros tube profondément introduit et même faire faire par un aide une sorte de curage à la main. Il faut en outre donner de fortes doses d'opium à l'opéré, pour entretenir la constipation pendant cinq, six et même huit jours (cette dernière recommandation me semble exagérée, car après huit jours de constipation, les matières dures déchirent inévitablement la plaie lors de leur passage).

b. *Procédé opératoire.* — Volkmann opère au bistouri et pratique toujours la réunion immédiate à l'aide de points de suture alternativement profonds et superficiels. Lorsqu'il s'agit d'enlever tout le rectum, il pratique une incision circulaire, circonscrivant la région malade, et aussi profonde qu'il est besoin, puis, pour donner du jour, une incision soit sur la ligne ano-coccygienne, même avec résection du coccyx, soit sur le raphé périnéal. Mais aucune de ces incisions n'ouvre le rectum, qui doit être enlevé « comme un tuyau fermé », afin d'éviter que les liquides intestinaux ou pathologiques viennent polluer la plaie et s'y inoculer. La portion de rectum malade, ainsi isolée et circonscrite, doit être attirée en bas, pour ainsi dire hors du champ opératoire : on doit la détacher par une incision horizontale en rasant la plaie, après avoir abaissé et fixé le bout supérieur ou sain par une série de fils à ligature. Volkmann trouve à cette manière d'opérer l'avantage non seulement d'éviter à la plaie le contact des matières septiques, mais encore de rendre possible l'arrosage de la plaie saignante, péri-rectale, avec une solution phéniquée forte, sans crainte que celle-ci pénètre dans l'intestin et y soit absorbée.

c. *Drainage.* — Quelle que soit l'opération pratiquée, ablation partielle ou extirpation totale du rectum, Volkmann pratique toujours la suture horizontalement et le drainage extra-rectal.

S'il s'agit de la résection circulaire ou demi-circulaire d'une bande de muqueuse rectale au-dessus de la région anale restée saine, on ne peut évidemment pas placer de drain dans le rectum lui-même. Dès lors, au niveau de la plaie, à un centimètre en dehors de l'anus, on plonge la pointe d'un bistouri bien acéré parallèlement à la paroi intestinale, jusqu'à ce qu'elle émerge dans la plaie rectale. On obtient ainsi un canal artificiel qui sert à passer un drain de grosseur moyenne, par lequel s'écouleront au dehors les liquides sécrétés, sans passer par l'intestin, et par lequel on pourra pousser des injections antiseptiques. On fixe le drain à la peau de l'anus, et l'on suture exactement la plaie intestinale (il est difficile de comprendre qu'il ne se produise pas ainsi consécutivement une fistule à l'anus pour peu que le drain soit laissé quelques jours en place).

Dans les cas où l'ablation a porté sur tout ou partie de la circonférence rectale, y compris l'anus, la ligne de suture sera naturellement à ciel ouvert et donnera passage à deux ou plusieurs drains. S'il s'agit d'une extirpation limitée, on se contentera d'un drain à l'une des extrémités de la plaie ; s'il s'agit d'une extirpation totale, on placera au contraire de 2 à 4 drains en couronne autour de la paroi intestinale suturée à la peau de la région anale.

d. *Irrigation antiseptique permanente de la plaie.* — Après les grosses opérations, et, en particulier, lorsque la cavité péritonéale ayant été ouverte il a pratiqué la suture du péritoine, Volkmann emploie l'irrigation permanente de la plaie et non pas du rectum. Il place l'opéré sur un châssis ou sur un matelas percé et met un coussin élastique sous les reins pour les élever, afin de faciliter l'écoulement des liquides et d'éviter l'inondation du lit. Quant à l'irrigation elle-même, il la dirige dans l'un des drains. Il emploie la solution de salicylate de soude. Au bout de quatre ou cinq jours, lorsqu'il estime que tout danger de péritonite est conjuré, il s'en tient aux injections fréquentes.

e. *Pansement.* — Dans les cas ordinaires, où le péritoine n'a pas été ouvert, Volkmann place un pansement légèrement compressif composé de protective et de gaze de Lister. Mais, dans les cas graves, il va jusqu'à introduire dans le rectum un tampon de gaze de Lister recouvert de protective. Pour cela, il étend sur la région anale un large morceau de protective, il en coiffe ses doigts et l'introduit ainsi dans l'intestin aussi profondément que possible ; puis il retire ses

doigts et comble l'entonnoir formé par le protective avec de la gaze de Lister; une feuille de gutta-percha laminé et un bandage en T maintiennent le tout (on ne s'explique guère comment ce tampon ne détermine pas la rétention des gaz et des liquides intestinaux).

Tels sont les procédés de pansement préconisés par Volkmann après l'extirpation du rectum. Ils sont, on le voit, tout différents de ceux qu'emploie M. Verneuil. Quels en sont les résultats? Volkmann les proclame excellents, disant avoir eu ainsi une mortalité très restreinte et avoir sauvé tous les opérés dont le péritoine, volontairement ou involontairement ouvert, avait été suturé.

Je n'ai garde de me prononcer sur la valeur des procédés de pansement, n'ayant pas en main les pièces du procès; pour ce qui est de la méthode opératoire, l'extirpation au bistouri permet seule en effet la réunion immédiate[1]; cependant, quels que soient les avantages d'une réunion bien réussie, cette réunion est si problématique dans une pareille région et elle expose à tant de dangers, si elle échoue, que, jusqu'à plus ample informé du moins, je préfère l'exérèse à l'aide de l'écraseur et du thermo-cautère, telle que la pratique M. Verneuil, non seulement à cause de la facilité de l'extirpation, qui se peut faire sans perte de sang, mais encore à cause de la nature même de la plaie qui en résulte.

PROCÉDÉS ANTISEPTIQUES APPLICABLES AUX PLAIES DE LA VESSIE ET DE L'URÈTHRE

Les théories de la fièvre urineuse peuvent être réduites à quatre principales :

1° Théorie de la phlébite;

2° Théorie de la fièvre spontanée ou de réaction;

3° Théorie de l'absorption urineuse par l'intermédiaire d'une plaie;

4° Théorie rénale.

Les deux premières sont de pures hypothèses; la phlébite, en effet, est fort rare et la réaction ou la fièvre spontanée est un non-sens dans l'état actuel de la science.

Restent donc la théorie de l'absorption et la théorie rénale. L'une et l'autre expriment la vérité, mais à des titres différents. La néphrite

1. La réunion immédiate est, il est vrai, possible à la suite des plaies faites au thermo-cautère convenablement manié, mais elle semble exiger une antisepsie tellement rigoureuse, qu'il ne me semblerait pas prudent de la tenter pour une plaie du rectum. — M. J. Juillet 1883.

est en effet une complication fréquente des opérations pratiquées sur les voies urinaires, et elle s'accompagne de fièvre. Quant à l'absorption urineuse, elle exige deux conditions: 1° être possible; 2° être pyrogène.

1° Pour que l'absorption urineuse soit possible, il faut, étant donné l'imperméabilité physiologique des muqueuses vésicale ou uréthrale, que ces muqueuses soient malades par cystite ou uréthrite, ou blessées par une plaie opératoire : lithotritie, taille, uréthrotomie, cathétérisme, etc.

2° D'ailleurs l'absorption urineuse ne suffit pas pour engendrer la fièvre; il faut en outre que l'urine absorbée soit pyrogène, c'est-à-dire altérée dans sa composition, et mélangée de pus ou de sang plus ou moins putrides; or on sait, d'après les travaux de Pasteur, avec quelle facilité se produit la fermentation ammoniacale de l'urine à la suite des opérations pratiquées sur la vessie et l'urèthre, surtout lorsqu'une sonde à demeure est laissée en place.

Les indications de la chirurgie antiseptique urinaire sont donc de supprimer la possibilité de l'absorption, et d'empêcher le pouvoir pyrogène de l'urine.

Je possède malheureusement peu de documents sur l'efficacité des procédés antiseptiques appliqués aux plaies de l'urèthre et de la vessie, mais les observations que j'ai recueillies sont, en revanche, très probantes.

Elles ont trait à : deux cas d'uréthrotomie externe pratiquée au thermo-cautère; une taille prérectale, plusieurs tailles hypogastriques et une taille vésico-vaginale empruntées à la littérature étrangère; une lithotritie.

1° *Uréthrotomie externe au thermo-cautère.* — M. Verneuil a insisté devant la Société de chirurgie (17 mars 1880, sur l'extrême facilité que donne le fer rouge à la pratique de l'opération, qui se fait sans une goutte de sang; mais le thermo-cautère a en outre l'avantage de rendre la dièrèse antiseptique.

Une sonde est nécessairement laissée dans l'urèthre; elle sert à pousser dans la vessie trois ou quatre fois par jour des injections phéniquées à 1/100; on fait en outre toutes les deux heures des pulvérisations sur la plaie périnéale. Dans les deux observations la température ne dépassa jamais 38°,2.

2° *Taille.* — L'application de la méthode antiseptique à l'opération de la taille est particulièrement intéressante, non seulement à cause

des dangers inhérents à l'opération elle-même, mais encore en raison du choix du procédé opératoire.

La taille est en soi toujours sérieuse et expose plus ou moins la vie du patient; c'est pourquoi on lui préfère la lithotritie toutes les fois que cette dernière est possible.

Mais la lithotritie elle-même n'est ni absolument ni constamment bénigne; elle exige, pour être innocente, une habileté de main qui n'est pas dévolue à tous les chirurgiens et qui n'appartient même qu'à un petit nombre d'habiles spécialistes; elle nécessite quelquefois une longue série de séances, et l'expulsion des fragments du calcul brisé ne se fait pas souvent sans douleurs ni sans accidents. En un mot, il est bon nombre de cas où la lithotomie serait préférable à la lithotritie. Donc, si la méthode antiseptique parvenait à conjurer les accidents de la taille, elle rendrait à la chirurgie urinaire le plus signalé des services.

Les opinions sont partagées au sujet de la préférence à accorder à la taille périnéale ou à la taille hypogastrique. La principale raison que font actuellement valoir les partisans de cette dernière est l'impossibilité d'appliquer à la taille périnéale[1], et la possibilité d'appliquer à la taille hypogastrique les précautions de la méthode antiseptique.

Or l'observation suivante, recueillie dans le service de M. Verneuil, prouve l'inanité de cette objection, la méthode antiseptique étant parfaitement applicable à la taille périnéale.

A la vérité, si l'on considère la réunion immédiate comme l'une des nécessités premières de la méthode antiseptique, on rejettera la taille périnéale, où cette réunion a paru jusqu'à présent impossible mais on voudra bien étudier en revanche, sans parti pris, les observations de taille sus-pubienne, où cette réunion a été tentée, et l'on verra combien elle est aléatoire[2].

1. Lucas-Championnière, *Chirurgie antiseptique*, 1880, p. 232.

2. Depuis la publication du présent travail, de nombreuses tentatives ont été faites pour substituer la taille hypogastrique à la taille périnéale. Grâce au perfectionnement instrumental et aussi à l'application exacte des procédés antiseptiques, la taille hypogastrique a pris aujourd'hui la faveur. Il ne m'appartient pas de parler des instruments, à savoir : le dilatateur rectal de Petersen ou la sonde vésicale de Th. Auger. Quant aux procédés antiseptiques, ce sont :

1° Une injection tiède dans la vessie avec une solution d'acide borique à 4 pour 100, faite suivant les règles, sans aboutir à la distension.

2° La pratique de l'opération par la région sus-pubienne, en s'entourant de toutes les précautions du pansement de Lister.

3° L'établissement dans la vessie et la fixation de deux tubes laveurs aux angles de la plaie et d'une sonde à demeure dans l'urèthre.

4° La suture de la plaie cutanée à sa partie supérieure seulement.

Si l'on considère au contraire que la bénignité absolue de l'opération est le principal desideratum, on lira avec intérêt l'observation qui va suivre.

Obs. XI. — *Calcul vésical très difficile à saisir avec le brise-pierre; excellent état des reins; taille prérectale; injections chloralées dans la vessie par une sonde périnéale*; *pulvérisations phéniquées sur le périnée; guérison rapide.*

Roux, trente-quatre ans, entré à la Pitié, service de M. Verneuil, le 28 novembre 1879, pour calcul vésical plutôt soupçonné que reconnu.

Quatre explorations, dont deux avec la sonde ordinaire, furent douteuses, et deux avec le brise-pierre furent infructueuses. La cinquième, le 22 avril 1880, permit enfin de saisir un calcul qui semblait du volume d'un œuf de pigeon et fut broyé à deux reprises. Il vint un peu de sang, mais il n'y eut pas de fièvre le soir (37°,9).

Le 23, le malade a expulsé cinq fragments et beaucoup de sable. T. m. 37°,5.

29 avril. — Nouvelle séance infructueuse.

12 mai. — Vu le bon état des reins et la difficulté inexpliquée de saisir le calcul, M. Verneuil pratique la taille prérectale et extrait un calcul broyé, mais dont les fragments réunis ont le volume d'une amande verte aplatie et allongée.

Une grosse sonde en caoutchouc rouge placée dans la plaie, pénètre jusque dans la vessie, afin de permettre des injections d'eau chloralée à 1/100, qui sont pratiquées toutes les deux heures à la dose de 150 à 200 grammes. Fixée à l'une des lèvres de la plaie, cette sonde est en même temps destinée à prévenir l'infiltration urineuse. Dans la journée, l'opéré éprouve quelques douleurs vésicales; il lui semble que le calcul s'engage dans l'urèthre.

Bon appétit d'ailleurs. T. s. 38°.

5° L'absence de suture de la plaie vésicale.

6° Les lavages antiseptiques dans la vessie avec la solution borique.

7° On peut du reste pratiquer l'opération avec le thermo-cautère.

Voyez d'ailleurs pour plus ample informé, la *Revue critique* publiée par M. Reclus dans la *Gazette hebdomadaire*, 1882, n° 50, p. 813; le travail du professeur Guyon, *Annales des maladies des voies urinaires*, 1883, t. I, p. 1 et 97, et la communication de Monod à la *Société de chirurgie*, 31 janvier, p. 87, avec la discussion qu'elle a soulevée. — M. J. Juillet 1883.

13 et 14. — État excellent. Pas de fièvre. On retire la sonde, et l'on se borne aux pulvérisations périnéales.

18. — Il ne coule plus d'urine par la plaie.

19. — Cicatrisation très avancée, état général parfait.

25. — L'opéré se lève, et sort dans les premiers jours de juin.

		Matin.	Soir.
TABLEAU XV.	1er jour.....	Opération.	38°
	2e »	36°,7	37 ,8
	3e »	37 ,9	38
	4e »	36 ,8	37 ,5
	5e »	36 ,8	37 ,3
	6e »	37	37 ,5
	7e »	37	37
	8e »	36 ,7	

Pas un instant de fièvre, ni même menace d'un accident quelconque, tel est le bilan de cette observation, qui est au moins de nature à encourager de nouvelles applications de la méthode antiseptique à la taille périnéale.

Les tentatives ont été plus nombreuses pour la taille hypogastrique.

Dès 1873, M. Zayas-Bazan[1] publiait une observation de taille sus-pubienne pratiquée par Lister sur un enfant de quatorze ans, après avoir distendu la vessie par une injection d'eau phéniquée à 1/40. Le péritoine avait été ouvert. Lister se borna à suturer au catgut d'abord la vessie, puis la paroi abdominale et le péritoine, en plaçant un drain à l'angle supérieur de la plaie; il appliqua ensuite un pansement antiseptique sur l'abdomen et le périnée en perçant un trou dans le pansement pour laisser passer la verge. Il y eut de la fièvre dans les premiers jours; cependant la guérison fut assez prompte.

Je citerai en outre les mémoires de Carl Rossander[2] (1878) et de van Goudaever[3] et surtout les observations de Ultzmann et de E. Albert.

1. Zayas-Bazan, *Sur le système de traitement antiseptique, tel qu'il est pratiqué chez les Anglais et principalement par le Dr Lister d'Édimbourg.* Thèse de Paris, 1873, n° 39, p. 43.

2. Carl Rossander, *Hygiea*, octobre et novembre 1878. In Lucas-Championnière, *Chirurgie antiseptique*, 1880, p. 232.

3. Van Goudaever, *Congrès d'Amsterdam.* In Lucas-Championnière, *Chirurgie antiseptique*, 1880, p. 232.

En 1879, Ultzmann[1] pratiqua la taille sus-pubienne sur un jeune homme de vingt-sept ans. Il commença par distendre la vessie à l'aide d'une injection phéniquée à 1/200, puis il incisa l'abdomen sous le spray. Il décolla le péritoine, attira la vessie au dehors, y fit une incision de $0^{m},04$, enleva le calcul, sutura la plaie vésicale au catgut, sutura de la même façon la paroi abdominale en laissant un drain à l'angle inférieur de la plaie. Il appliqua sur l'abdomen un pansement de Lister et fit faire de fréquentes injections dans la vessie par l'urèthre avec de l'eau phéniquée à 1/200. La sonde uréthrale ne put être enlevée que le douzième jour. Le quatorzième jour, la plaie était entièrement cicatrisée et l'opéré se leva.

En la même année, E. Albert[2] pratiqua deux fois la taille et la suture de la vessie. Une première fois, il s'agissait d'une taille hypogastrique; la suture fut faite à la soie phéniquée, un pansement de Lister fut appliqué sur le ventre, mais l'auteur ne dit pas qu'il fut fait des injections dans la vessie. Du pus s'écoula par l'urèthre; l'insuccès fut complet.

Une seconde fois, au contraire, Albert fit la taille vésico-vaginale avec suture consécutive et appliqua un pansement de Lister sur la vulve. Le succès fut complet.

En résumé, ni pour la taille périnéale, ni pour la taille sus-pubienne, il n'est encore possible de rien conclure; les résultats obtenus sont seulement encourageants[3].

3° *Lithotritie.* — La lithotritie n'est pas toujours suivie de fièvre; elle l'est cependant dans la majorité des cas, soit qu'il survienne une poussée de néphrite, soit qu'il se produise de la cystite, soit que la vessie ait été plus ou moins blessée dans la manœuvre des instruments.

La néphrite est ordinairement facile à distinguer de la cystite; ce diagnostic a de l'importance, car les injections antiseptiques dans la vessie n'ont d'efficacité que contre la cystite. Mais alors cette efficacité est réelle. Le fait suivant en fournit une preuve évidente.

Il s'agit d'un homme âgé, calculeux, chez lequel M. Verneuil fit la lithotritie. Les reins étaient en bon état; cependant chaque séance

1. Ultzmann, *Hoher-Blasenschnitt unter aseptischen Kautelen* (*Wiener medicinische Presse*, 1879, n° 1, p. 9).

2. E. Albert, *Zwei Cystotomien mit Naht* (*Wiener medicinische Presse*, 1879, n° 8, p. 233).

3. Je répète qu'il est aujourd'hui très légitime de conclure en faveur de la taille sus-pubienne. — M. J. Juillet 1883.

de lithotritie, faite le matin, était suivie le soir d'une élévation de température (40°) et d'urines troubles ; on s'avisa alors de pousser dans la vessie, avant et après la séance, une injection de salicylate de soude à 1/100 ; dès lors il n'y eut plus le soir la moindre élévation de température, et le malade guérit sans accidents.

E.-L. Keyes[1] recommande pour la « Litholapaxy » ou lithotritie rapide avec évacuation, avant et après l'opération, les injections dans la vessie d'une solution de borax saturée à chaud. Il en vante les effets antiseptiques et antiphlogistiques et accuse les injections phéniquées à 1/100 d'être irritantes pour la vessie. Il ne donne d'ailleurs aucun tracé thermométrique qui permette d'apprécier l'influence de ces injections sur la marche de la fièvre ; mais il relate une série de vingt et une opérations (litholapaxy) avec un seul cas de mort par néphrite. C'est justement et uniquement dans le cas suivi de mort par néphrite que l'acide phénique avait été employé : or il faut avouer que c'était là, pour ce médicament, une bien mauvaise condition de succès, et l'on peut même affirmer, sans crainte d'erreur, que le borax eût également échoué dans une aussi lourde tâche.

Quoi qu'il en soit, Keyes conseille de faire des injections quelques jours avant et après l'opération.

PROCÉDÉS ANTISEPTIQUES APPLICABLES AUX PLAIES DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN

Vagin. — Sans parler des plaies accidentelles, qui sont rares, l'extirpation des tumeurs et l'opération des fistules constituent toute la chirurgie vaginale. Ce ne sont point là évidemment des opérations d'une extrême gravité ; néanmoins l'anaplastie vésico-vaginale, par exemple, n'est pas toujours innocente. M. Verneuil[2], entre autres, a cité 6 cas de mort, dont 5 par péritonite, 1 par néphrite et plusieurs cas d'accidents sérieux. Or il est de toute évidence que la putridité des sécrétions vaginales est une des causes ordinaires des accidents mortels ou non. La péritonite en effet est presque toujours un accident septique dont l'origine est une inoculation, soit par la plaie vaginale, soit par propagation à travers l'utérus et les trompes ; cette

1. E.-L. Keyes, *Rapid lithotrity with evacuation* (*American Journal of the medical sciences*, april 1880, p. 14, 16, 17, 18).

2. Verneuil, *Annales de gynécologie*, 1877, t. VII, p. 1 ; et *Mémoires de chirurgie*, 1877, t. I, p. 892.

dernière pathogénie explique même dans bien des cas son explosion tardive.

Les accidents graves sont pourtant exceptionnels à la suite de l'anaplastie vaginale; mais l'insuccès de la réunion est au contraire fréquent. Or c'est encore à l'action phlogogène des sécrétions vaginales et utérines fétides que ces insuccès sont en grande partie attribuables.

En règle générale, une réunion bien faite doit réussir dans le vagin comme ailleurs, à condition qu'elle ne soit pas exposée à l'une des causes de suppuration reconnues par Lister; or, parmi ces causes, la plus puissante est la putridité. C'est pourquoi il y a donc tout intérêt à appliquer la méthode antiseptique aux plaies et aux sutures vaginales.

La réunion immédiate devant être recherchée aussi bien dans l'anaplastie vaginale que dans les extirpations de tumeurs faites au bistouri, tout ce que je dirai de la première catégorie d'opérations est applicable à la seconde.

M. Lucas-Championnière[1] confesse l'imperfection, sinon l'impuissance de la chirurgie antiseptique vaginale. « On peut, dit-il, prendre grand soin dans les lavages préalables à l'eau phéniquée. Il est bon, avant les sutures, de toucher les surfaces à réunir avec l'eau phéniquée forte. Il y a avantage à employer la gaze antiseptique et le protective pour protéger, d'une façon complète, permanente, les surfaces. L'emploi du lint borique sera très commode pour tamponner en quelque sorte le voisinage du vagin. Mais, dans tous les cas, l'antisepsie ne sera que relative. » On le voit, ces conseils ne sont donnés qu'avec hésitation, et l'auteur ne se porte pas garant de leur efficacité absolue. Comment d'ailleurs employer le *protective* et la gaze antiseptique dans le fond de la cavité vaginale?

M. Verneuil, au contraire, semble avoir résolu le problème de l'antisepsie vaginale à la suite des anaplasties, et sa manière d'opérer se recommande également par la netteté des préceptes, la simplicité des moyens et l'excellence des résultats.

L'avivement de la fistule est fait, suivant les cas, soit par l'instrument tranchant, réunion immédiate primitive, soit par le caustique et le grattage, réunion immédiate secondaire. Je n'ai pas à discuter ici la valeur relative des deux procédés[2]; je ferai seulement remar-

1. Lucas-Championnière, *Chirurgie antiseptique*, 1880, p. 208.

2. Verneuil, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 4 et 11 février 1880. — Voy. sur le même sujet, Casuso, *Essai sur le traitement des fistules vésico-vaginales par la réunion immédiate secondaire*. Thèse de Paris, 1878.

quer qu'au point de vue de l'antisepsie ultérieure, la réunion immédiate secondaire est préférable. Elle donne en effet à peine quelques gouttes de sang et ne risque par conséquent pas de laisser au fond du vagin des caillots putréfiables.

Quel que soit le procédé adopté, immédiatement avant l'avivement par le bistouri ou le grattage de la fistule cautérisée, le vagin doit être lavé par une irrigation abondante avec la solution phéniquée forte. Le même lavage doit être fait immédiatement après l'avivement et continué jusqu'à ce qu'il n'y ait plus aucun suintement sanguin.

On fait alors la suture, en ayant soin de tremper préalablement les fils et tous les instruments dans la solution forte.

M. Verneuil se sert de fils métalliques; mais tout autre agent de déligation, catgut très fin, soie phéniquée, est utilisable, bien que beaucoup moins commode à manier. Si l'on emploie les fils métalliques, il est de règle de réunir en un faisceau les chefs de tous les points de suture, afin de faciliter l'enlèvement des fils. Dès lors, on isolera l'un de ces chefs, on l'engagera dans l'œil d'une grosse sonde en caoutchouc rouge, et on le fera ressortir en transperçant la paroi de la sonde. Cette dernière, ainsi embrochée, sera glissée le long du fil, jusqu'à ce que son œil arrive en face et au contact de la ligne des points de suture; elle sera fixée en cette position à l'aide d'un tube de plomb serré sur le fil et servira à pratiquer dans le vagin, quatre ou cinq fois par jour, des injections avec de l'eau phéniquée ou de l'eau chloralée à 1/100[1].

Une sonde en caoutchouc rouge ou une sonde métallique de Sims sera placée et laissée à demeure dans l'urèthre. Elle servira à assurer la vacuité de la vessie, ou même à pousser des injections s'il survient un peu de cystite.

Les deux sondes seront enlevées au bout de dix jours en même temps que les sutures. Si les injections vaginales ont été régulièrement faites et à dose suffisante, la réunion sera obtenue. La région devra être d'une propreté absolue et débarrassée de toute sécrétion odorante.

Sur huit opérées ainsi traitées, dont j'ai pu recueillir les observations dans le service de M. Verneuil en l'espace d'une année, il y a eu huit succès primitifs. L'apyrexie n'a pas cependant été constante; une fois, la température est montée à 39°, le troisième jour, mais

1. Voir in *Mémoires de chirurgie*, t. Ier, pag. 914, en note, mes premiers essais d'asepsie vaginale en 1875. — A. V.

il y avait eu un peu de cystite; deux fois elle a atteint passagèrement 38° et 38°,5, le deuxième jour; mais jamais il n'y a eu de fièvre cavitaire proprement dite. Le calme des opérés, leur gaieté et leur confiance témoignaient de l'innocuité de leurs plaies.

Il est certain qu'on guérissait la fistule vésico-vaginale avant la méthode antiseptique et qu'on la guérira sans son secours; je crois cependant qu'à son aide on réussira plus sûrement[1].

Utérus. — L'extirpation des polypes utérins, les amputations du col de l'utérus et les amputations de la matrice inversée m'occuperont spécialement. L'opération césarienne, l'opération de Porro, l'accouchement, sont du ressort de l'obstétrique, je n'en parlerai donc pas.

Polypes de l'utérus. — Au point de vue de leur gravité, ils doivent être distingués en deux catégories d'après leur volume.

Les polypes de petite dimension, qui ne remplissent pas le vagin et qui n'obturent ni le col utérin, ni la vulve, sont bénins; leur extirpation, sans être une des opérations les plus simples, n'a pas en général de suites fâcheuses, d'autant qu'il est facile de la faire suivre de pansements efficaces.

Au contraire, l'extirpation des polypes volumineux est une opération grave. La raison de cette différence ne réside pas dans la difficulté plus grande du manuel opératoire : le morcellement des gros polypes est, à la vérité, long et laborieux, mais il n'expose à aucun danger particulier. Elle dépend plutôt des conditions mêmes dans lesquelles se trouvent les malades au moment de l'opération, de l'état constitutionnel qu'elles ont acquis, comme M. Verneuil l'a fait ressortir dans une de ses cliniques (8 janvier 1879).

Les gros polypes obturent le col utérin, remplissent le vagin et même la cavité pelvienne, et bouchent l'orifice vulvaire : il en résulte une rétention des sécrétions utérines et vaginales, sang et mucosités purulentes ou sanieuses, accumulés dans la cavité utérine et dans les culs-de-sac vaginaux. Ces sécrétions, n'étant pas à l'abri de l'accès de l'air et de ses germes, se putréfient. Elles irritent et enflamment

1. Dans deux cas récents de périnéorrhaphie, les injections antiseptiques vaginales et la pulvérisation phéniquée répétée trois fois par jour sur la région ano-vulvaire m'ont donné les résultats les plus satisfaisants; outre que l'apyrexie a été nulle, l'inflammation locale resta si minime qu'il semblait, au moment où les sutures furent enlevées, qu'elles venaient d'être placées, car il n'y avait ni rougeur, ni gonflement des bords, ni suppuration vaginale. — A. V. 1883.

les muqueuses, qui s'excorient et absorbent le poison septique. De là septicémie chronique, témoignée par la fièvre et la stéatose du foie; celle-ci supprime l'appétit, engendre les vomissements, la diarrhée et augmente les hémorrhagies utérines, lesquelles, tout en épuisant les malades, fournissent de nouveaux aliments à la putréfaction intra-vaginale. Vienne le jour de l'opération, non seulement le trauma portant sur un foyer septique expose à une septicémie aiguë, mais encore les opérées, pour peu qu'elles perdent une certaine quantité de sang, ce à quoi elles sont prédisposées par l'état graisseux de leur foie, succombent à une anémie aiguë; anémie relative du reste, car ici la perte de 300 grammes de sang prend les proportions d'une hémorrhagie presque foudroyante, vu l'état de débilitation antérieure des opérées.

La septicémie chronique est donc le premier anneau de la série des accidents qui conduisent les malades à la mort; c'est le principal ennemi à vaincre : victoire difficile à remporter d'ailleurs, car il est malaisé de vider et de purifier des cloaques dont on ignore même la situation exacte dans le fond du vagin et dans l'utérus lui-même, surtout lorsque la masse morbide ferme l'orifice de la vulve. Or c'est avant d'opérer qu'il faudrait obtenir la désinfection, non seulement pour diminuer les chances de septicémie aiguë, mais encore afin de supprimer la septicémie chronique, de reconstituer les malades et de leur rendre, par une médication appropriée, la force et le sang nécessaires pour supporter l'opération.

Il est impossible de poser ici une règle absolue sur la conduite à tenir; le chirurgien devra s'inspirer des difficultés propres à chaque cas particulier. On peut néanmoins formuler quelques préceptes généraux.

Si la tumeur est absolument immobile dans la cavité pelvienne et s'il est impossible d'insinuer le doigt entre elle et la paroi vaginale, il faudra s'efforcer d'en diminuer le volume, soit par des cautérisations interstitielles à l'aide de flèches caustiques ou du fer rouge, soit par des injections d'ergotine sous-cutanées ou interstitielles, c'est-à-dire poussées dans la tumeur elle-même.

Si l'on peut glisser le doigt entre le polype et la paroi vaginale, on s'efforcera d'insinuer deux sondes, aussi profondément que possible, le long de la paroi recto-vaginale, afin d'atteindre le cul-de-sac postérieur, partie déclive où les liquides putrides seront probablement accumulés. Les sondes en caoutchouc rouge seraient les meilleures, mais le poids de la tumeur effacera souvent leur lumière, et l'on sera obligé de recourir à des sondes métalliques ou à

une sonde à double courant. L'une des sondes servira à pousser une injection antiseptique, l'autre assurera le retour du liquide injecté. Si l'on constate que les sondes donnent facilement issue aux liquides vaginaux, on pourra avec avantage établir une irrigation permanente ou du moins prolongée, avec une solution phéniquée d'abord à 1/200, dont on élèvera le titre en surveillant l'effet. Si les sondes ne donnent issue à aucun liquide, on en variera la position jusqu'à ce qu'on obtienne un écoulement. Si les sondes sont mal tolérées, on essayera de les changer de place ou l'on se résignera à les replacer toutes les deux heures pour pratiquer des injections à 1/100.

C'est à des injections antiseptiques réitérées, sans sondes vaginales, avec un simple irrigateur dont la canule est introduite dans le vagin, qu'ont été bornées jusqu'ici les tentatives de désinfection. Or, lorsque les polypes étaient très volumineux, le résultat a été absolument nul, ce qui se comprend d'ailleurs, car l'injection ne devait pas et ne pouvait pas pénétrer dans la profondeur.

J'ai sous les yeux six observations, que M. Verneuil a bien voulu me confier; chacune d'elles a son enseignement particulier.

La première date de 1863; il s'agissait d'un énorme polype inséré sur le fond de la matrice, remplissant le vagin et descendant jusqu'à la vulve. La malade était épuisée par des pertes et par la septicémie chronique. La portion vaginale fut morcelée; une grande quantité de liquide septique s'écoula; la portion utérine fut énucléée avec la main armée d'une spatule. Une hémorrhagie assez abondante fut rapidement arrêtée. Aucune précaution antiseptique ne fut prise ni avant ni après l'opération. L'opérée succomba promptement à une septicémie aiguë.

La seconde observation a trait à une femme vierge, atteinte d'un polype utérin très dur remplissant complètement la cavité du petit bassin. Les pertes étaient abondantes, il y avait septicémie chronique. Le morcellement fut très difficile. Aucune précaution antiseptique préalable ne fut prise. On fit des injections légèrement phéniquées et alcolisées après l'opération pour lutter contre la putridité de l'écoulement. L'opérée succomba à une métro-péritonite évidemment de nature septique.

La troisième observation est celle d'une femme très fortement constituée, atteinte d'un volumineux polype remplissant toute l'excavation pelvienne avec rétention de liquides septiques dans le

vagin. En outre, rétention stercorale et urineuse et douleurs très aiguës. Aucune injection antiseptique préalable ne fut faite. Le morcellement et l'ablation étaient décidés. M. Verneuil se disposait à opérer et examinait une dernière fois le degré de mobilité de la tumeur qui faisait saillie entre les cuisses, lorsque celle-ci fut brusquement expulsée en même temps qu'un flot très abondant de liquide infect. Le pédicule s'était spontanément rompu, il n'y avait en réalité pas eu d'opération. On fit des injections antiseptiques fréquentes, et la malade guérit [1].

Dans la quatrième observation, la femme portait un énorme polype depuis sept ans; épuisée par des pertes abondantes, elle était en proie à une septicémie chronique causée par la rétention de liquides putrides dans le fond du vagin. On essaya pendant un grand mois la désinfection vaginale à l'aide d'injections antiseptiques sans sondes dans le vagin. On fit aussi des injections sous-cutanées d'ergotine, qui réduisirent un peu le volume du néoplasme. Ce fut en vain. La malade s'épuisant de plus en plus, M. Verneuil pratiqua l'ablation avec le morcellement, en s'entourant des précautions antiseptiques les plus minutieuses. L'opérée, rapportée dans son lit, perdit dans l'après-midi 300 grammes de sang et mourut rapidement dans l'hypothermie. Son foie, entièrement stéatosé, ce qui explique l'hémorrhagie secondaire, avait acquis un volume considérable.

Enfin la cinquième et la sixième observations ont trait à deux malades à peu près semblables. Polypes assez volumineux, gros comme les deux poings à peu près, mais permettant d'introduire assez profondément la canule d'un irrigateur, à l'aide duquel on fit des injections antiseptiques régulières et fréquentes avant l'opération. Les malades n'étaient d'ailleurs pas épuisées. L'écraseur fut assez facilement appliqué sur le pédicule; la section se fit sans hémorrhagie. Avant, pendant et après l'opération, on fit des injections abondantes avec la solution phéniquée forte. On continua les jours suivants à pratiquer quatre injections par jour avec la solution à 1/100. Aucun accident ne survint; l'apyrexie fut complète.

Voici le tracé recueilli sur l'une de ces malades, opérée le 14 juin 1880 :

1. On remarquera dans ce cas l'absence de longues manipulations; le polype tombé, je me contentai d'introduire une seule fois et rapidement la main et l'avant-bras dans le vagin et l'utérus, pour voir s'il ne restait rien, puis je fis faire le plus tôt possible les injections désinfectantes. — A. V.

TABLEAU XVI.

	Matin.	Soir.
1er jour.....	37°,2 (opération).	37°,6
2e »	37 ,4	37 ,4
3e »	37	37 ,4
4e »	37 ,4	37 ,2
5e »	37 ,2	37 ,5
6e »	37	37 ,2
7e »	37	37
8e »	37	

En résumé :

1re *observation.* — Aucune précaution antiseptique ni avant ni après l'opération ; septicémie aiguë ; mort.

2e *observation.* — Précautions antiseptiques insuffisantes prises seulement après l'opération ; métro-péritonite ; mort.

3e *observation.* — Rupture spontanée du pédicule et par conséquent pas d'opération ouvrant une voie à l'inoculation septique ; injections antiseptiques ; guérison.

4e *observation.* — Injections antiseptiques insuffisantes pour opérer la désinfection ; septicémie chronique ; opération ; hémorhagie, mort.

5e *et* 6e *observations.* — Bonne désinfection chez des malades non débilitées ; opération ; injections antiseptiques ; guérison rapide[1].

Ces observations fournissent la preuve :

1° De l'influence du traumatisme opératoire dans un foyer septique pour engendrer la septicémie aiguë, chez des malades déjà en proie à la septicémie chronique (observations 1 et 2) ;

2° De l'utilité qu'il y aurait à pouvoir obtenir la rupture du pédicule, sans production d'une plaie absorbante par un instrument quelconque ; la manœuvre des instruments, écraseur ou autres,

1. Les observations détaillées de ces faits sont entre les mains de mon disciple et ami M. Pozzi, chirurgien des hôpitaux, qui se propose de les publier prochainement. J'ai recueilli tout récemment à la Pitié deux nouvelles observations, où les choses se sont également terminées favorablement, après avoir marché avec la plus grande simplicité. Naturellement nous avions mis en usage toutes les précautions recommandées plus haut.

Au reste, il ne faudrait pas croire que l'antisepsie n'est de rigueur que pour les polypes volumineux et qu'on peut la négliger ou l'employer légèrement dans les cas simples. J'ai très présent à l'esprit le souvenir de trois opérées que j'ai perdues : l'une à l'Hôtel-Dieu et deux autres en ville, à une époque où l'on ne se préoccupait point encore de la septicémie opératoire.

Chez ces trois femmes, dont aucune n'était ni cachectique ni même trop épuisée, les polypes étaient de volume médiocre, l'ablation faite à l'écraseur linéaire n'avait présenté aucune difficulté. La mort survint dans le premier septenaire avec les signes de la pelvi-péritonite infectieuse. — A. V. 1884.

et même l'introduction de la main, produisant toujours quelques déchirures (observation 3);

3° De la puissance de la septicémie chronique pour stéatoser le foie, débiliter les patientes et engendrer des hémorrhagies mortelles, malgré leur peu d'abondance (observation 4);

4° De l'efficacité d'une bonne désinfection (observations 5 et 6).

Les extirpations de polypes utérins ne sont pas les seules opérations pratiquées sur la matrice qui réclament l'antisepsie. Les amputations de la matrice inversée, du col pour épithélioma ou pour allongement hypertrophique, la nécessitent également.

Amputations du col et de la matrice inversée. — Les procédés de diérèse non sanglante sont ici généralement adoptés; je n'insisterai donc pas sur leur nécessité, au point de vue de l'hémostase et de l'antisepsie. L'écraseur et la ligature élastique sont leurs meilleurs agents.

Les procédés de pansement sont les mêmes dans tous les cas; ce sont des injections phéniquées à titres variés suivant le degré de putridité des sécrétions. Elles devront être pratiquées quelques jours avant et plusieurs jours après l'opération. La sonde vaginale en caoutchouc rouge, fixée par un point de suture à la vulve, rend ici les plus grands services, en dirigeant et conduisant l'injection exactement sur la plaie à désinfecter : les injections faites simplement à l'aide d'un irrigateur et d'une canule restent toujours incomplètes et atteignent rarement le fond du vagin.

Comme pour le rectum, l'antisepsie des plaies cancéreuses est extrêmement difficile dans le vagin ; on ne l'obtiendra même qu'avec des pansements quotidiens à l'acide chromique, à la solution phéniquée à 5/100, à la solution de chlorure de zinc à 8/100 [1].

Pour l'amputation de la matrice inversée, la ligature élastique est le procédé de choix. Mais les observations récemment soumises à la

1. *Bull. de la Soc. de chir.*, 16 juin 1880, p. 381, 389.

Dans un mémoire inséré dans les *Archives générales de médecine*, janvier et février 1884, je donne quelques renseignements sur l'emploi des procédés antiseptiques après l'amputation du col de l'utérus pour néoplasmes.

Je fais surtout ressortir la différence des résultats obtenus avant et depuis l'adoption de la méthode antiseptique.

Avant : un cas de mort et deux fois des accidents graves de pelvi-péritonite.

Depuis : bénignité absolue, absence complète de douleurs, de réaction fébrile, de malaise quelconque. C'est par pure prudence qu'on fait garder le lit aux opérées pendant huit à dix jours. — A. V. 1884.

Société de chirurgie par M. Périer et par M. Desprès, démontrent clairement l'insuffisance de la diérèse non sanglante et la nécessité des injections antiseptiques à la suite de cette opération. Les deux malades de M. Périer furent opérées par un procédé de ligature semi-élastique (ligature avec un fil de soie et traction exercée sur les deux chefs de ce fil à l'aide d'un anneau de caoutchouc) qui produisit une assez large eschare sur le moignon : soumises de trois en trois heures à des injections avec la solution de chloral à 1/100, elles n'eurent pas de fièvre, et les sécrétions vaginales n'eurent pas de mauvaise odeur; la guérison arriva sans accident.

La malade de M. Desprès fut opérée à l'aide d'un clamp serré à l'aide du caoutchouc et pansée simplement avec des compresses imbibées d'eau de fleurs de sureau, renouvelées toutes les deux heures. Elle mourut le sixième jour avec une température de 41° (Tabl. XVII). L'autopsie ne révéla ni péritonite, ni pyohémie, mais du pus dans les sinus et les lymphatiques de l'utérus. D'ailleurs le tracé fut celui d'une septicémie qui avait débuté dès le lendemain de l'opération. Or, sans rien vouloir préjuger, il est au moins permis de se demander si les injections antiseptiques n'auraient pas agi chez la malade de M. Desprès comme chez celles de M. Périer, toutes les trois étant dans le même état antérieur d'anémie profonde et de septicémie chronique.

TABLEAU XVII.

	Matin	Soir.
1er jour.....	Opération.	38°,9
2e »	39°,8	39 ,8
3e »	38	38 ,7
4e »	38	41 ,6
5e »	38	38 ,9
6e »	41 (mort).	

CONCLUSIONS

I. Les lésions traumatiques doivent être classées en : 1° Lésions externes ou exposées; 2° lésions interstitielles; 3° lésions cavitaires.

II. Dans les lésions externes ou exposées, la fièvre primitive est la fièvre traumatique dite simple; dans les lésions interstitielles, la fièvre primitive est nulle; dans les lésions cavitaires, la fièvre primitive est une fièvre d'inoculation (fièvre cavitaire).

III. Les plaies cavitaires comprennent deux régions distinctes :

1° l'une saignante, qui absorbe et qui peut communiquer avec l'air atmosphérique par un orifice exposé; 2° l'autre cavitaire proprement dite, qui est le siège d'un travail putride très actif.

IV. Supprimer la région saignante, qui absorbe, rendre aseptique la région cavitaire où s'élabore en quantité le poison putride, sont les deux indications de la méthode antiseptique appliquée aux plaies cavitaires.

V. Les procédés de diérèse non sanglante : thermo-cautère, galvano-cautère, anse galvanique, écraseur, ligature élastique ou non élastique, sont des procédés antiseptiques, en ce sens qu'ils donnent des plaies réfractaires à l'absorption septique. Ils remplissent donc la première indication ; mais ils ne dispensent pourtant pas de poursuivre la seconde, car la protection fournie par les eschares n'a rien d'absolu.

VI. La seconde indication est remplie par des procédés de pansement antiseptiques, autres que ceux des pansements de Lister ou d'A. Guérin, c'est-à-dire par des injections, des irrigations et des pulvérisations, pratiquées dans la cavité blessée et sur la plaie elle-même, à l'aide de solutions d'acide phénique, de chloral, d'acide borique, etc.

VII. L'intoxication est à craindre à la suite des injections phéniquées, dans les cavités muqueuses, lorsque la sortie du liquide injecté n'est pas assurée par un drainage approprié. L'absorption d'une certaine dose d'antiseptique, loin d'être nuisible, est favorable ; mais il est indispensable de surveiller les fonctions rénales.

VIII. La désinfection préalable des cavités muqueuses, avant les opérations, doit toujours être tentée, mais elle n'est que rarement obtenue.

IX. L'application des procédés antiseptiques, tout en ayant des effets variés suivant la nature et le rôle physiologique des cavités et suivant la constitution même de la plaie, a pour résultat général :

1° L'absence de fièvre cavitaire, lorsque les procédés antiseptiques peuvent être appliqués dans toute leur rigueur sur des plaies non anfractueuses, portant sur des tissus sains, ou au moins la diminution de durée et d'intensité de la fièvre cavitaire, lorsque les procédés ne peuvent être appliqués qu'incomplètement, sur des plaies anfractueuses ou portant sur des tissus pathologiques (cancéreux), ou sur certaines parties du squelette;

2° L'absence ou du moins la grande rareté des accidents fébriles traumatiques qui menacent la vie des opérés : septicémie, pyohémie, érysipèle;

3° L'indolence des plaies et leur marche presque assurée vers la guérison ;

4° La réussite presque certaine de la réunion immédiate primitive ou secondaire.

X. Le chirurgien devra toujours s'inspirer des difficultés de chaque cas particulier. Il choisira et dosera ses agents d'après l'intensité des effets qu'il voudra obtenir, en se réglant toujours sur la marche du thermomètre. Il veillera avec soin à supprimer surtout toute cause de rétention des liquides injectés.

APPENDICE[1]

ASSOCIATION DES PROCÉDÉS ANTISEPTIQUES DANS LE POLY-TRAUMATISME ET DANS LES PLAIES CAVITAIRES.

L'observation d'extraction de corps étrangers du rectum, qu'on a lue à la page 185, démontre qu'en cas de polytraumatisme il peut être nécessaire, indispensable même d'appliquer à chaque trauma un pansement particulier. En effet, ni la réunion immédiate ni les pansements de Lister ou d'Alp. Guérin n'auraient convenu à la plaie de la rectotomie, et la plaie de la laparotomie se serait mal trouvée du pansement ouvert et des injections réitérées. Mais je voudrais voir se généraliser le principe de l'association, de la combinaison des procédés antiseptiques lorsqu'il existe plusieurs blessures ou certaines blessures complexes comme le sont souvent les plaies cavitaires.

La combinaison aurait pour but tantôt d'adapter à chacune des blessures le procédé le plus sûr ou le plus commode, tantôt d'appliquer à chacune des régions secondaires d'une plaie complexe le moyen le plus propre à assurer l'antisepsie.

Je vais citer des exemples.

Un homme à la suite d'une chute se fait une plaie de tête, une plaie contuse à la main, une fracture ouverte à la jambe. — J'applique à la jambe un appareil de Scultet ouaté, après lavage et désinfection soignée du foyer de la fracture; — je traite la plaie contuse de la main par le bain antiseptique prolongé; — enfin, je me contente, pour la tête, du pansement antiseptique ouvert.

L'association m'a bien réussi également dans les plaies cavitaires. Les trois faits suivants le démontreront.

J'avais enlevé la totalité de la langue par une incision faite à la

1. A. V. Janvier 1884.

région sus-hyoïdienne. Une sonde de caoutchouc rouge placée à l'avance dans l'œsophage par la fosse nasale gauche permettait d'alimenter le patient sans que rien tombât dans la bouche. La plaie cutanée fut réunie par la suture, sauf aux deux extrémités donnant passage à des drains intra-buccaux placés dans les commissures labiales. — Elle fut soumise à la pulvérisation phéniquée trois fois par jour, par séances de quarante à quarante-cinq minutes; puis, dans l'intervalle, recouverte de compresses imbibées d'eau phéniquée à 2/100. — La plaie intra-buccale fut couverte de petites boulettes de gaze imprégnée d'iodoforme.

Le résultat fut excellent; à part un petit accès inévitable de fièvre cavitaire qui cessait à la fin du second jour, tout alla pour le mieux : réunion complète et très solide de la plaie cutanée; détersion assez prompte et asepsie absolue de la plaie intra-buccale. A partir du troisième jour et jusqu'à la fin, apyrexie complète, état général parfait.

Le second cas n'est pas moins frappant.

J'ai eu dans mon service, en 1883, une femme d'une quarantaine d'années, de bonne constitution, mais atteinte depuis longtemps d'un épithélioma sudoripare ulcéré de l'aile gauche du nez. Ce mal avait été tourmenté par les caustiques, mais toujours d'une manière insuffisante, aussi fut-il nécessaire de sacrifier largement la face latérale du nez et d'une partie de la joue et de la lèvre supérieure. L'opération fut faite au thermo-cautère; pour ce motif et en raison de l'étendue considérable de la brèche, je remis à plus tard la restauration autoplastique.

Un érysipèle assez intense de la face se déclara et fut combattu avec succès par la pulvérisation phéniquée; il y avait d'ailleurs prédisposition, car précédemment une petite opération pratiquée sur l'épithélioma commençant avait été déjà suivie d'érysipèle.

La cautérisation secondaire réduisit comme d'habitude de plus de moitié la brèche opératoire, de sorte que, lorsqu'en novembre je procédai à la restauration, je pus me contenter d'une rhinoplastie partielle assez restreinte, à l'aide d'un lambeau cutané emprunté au front. On comprend quel intérêt il y avait ici à obtenir une asepsie aussi complète que possible de la plaie — Nul n'ignore en effet combien l'érysipèle est fréquent à la suite de la rhinoplastie et quelles suites fâcheuses il peut entraîner en ce cas, depuis l'insuccès de la suture jusqu'à la mortification partielle ou totale du lambeau.

D'autre part, j'ai dit que la malade était particulièrement disposée

à contracter cette maladie : il y avait donc une menace sérieuse. Voici ce que je fis pour la conjurer.

D'abord je débarrassai très soigneusement la narine correspondant à l'opération de tout le sang qu'elle pouvait contenir, ce qui fut facile parce que j'avais fait le tamponnement préalable de cette cavité.

Puis, lorsque mon lambeau fut suturé, j'introduisis au-dessous de lui, comme pour le soutenir, mais en réalité pour boucher l'orifice reconstitué de la narine et remplir le tiers antérieur environ de la fosse nasale, un cylindre aplati de gaze fine, bien imprégnée de poudre d'iodoforme — je me proposais par là de désinfecter d'une manière continue la fosse nasale et la face saignante et profonde du lambeau.

Enfin, pour assurer le succès de la suture et prévenir l'irritation de la peau qui aurait pu faire renaître l'érysipèle, je soumis la région opérée à la pulvérisation phéniquée par séances de trente à quarante minutes, répétées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Le succès de cette association fut aussi complet que possible. La réunion immédiate s'effectua du haut en bas sans qu'un seul point manquât; le lambeau conserva continuellement sa couleur normale, la douleur locale fut nulle et l'apyrexie absolue.

J'ai suivi le même plan dans une opération dont on trouvera l'indication sommaire dans l'*Union médicale* du 9 février 1884, p. 245.

Il s'agissait d'extraire des séquestres profonds des fosses nasales et de manœuvrer par conséquent dans un foyer plein de mucopus infect.

Je pénétrai dans la cavité nasale en pratiquant l'incision labio-maxillaire supérieure recommandée par M. Rouge, de Lausanne; mais auparavant, ayant fait le double tamponnement préalable des arrière-narines, je pus débarrasser les fosses nasales du mucus concrété et du pus putride qu'elles renfermaient en les lavant à grande eau avec une solution phéniquée forte à 5 p. 100. Après les manœuvres d'extraction, nouveau lavage, puis ablation des tampons postérieurs et introduction dans les narines antérieures de petits cylindres de mousseline iodoformée.

Il n'y eut à la suite aucun accident local, mais des complications de nature médicale, sous la dépendance de l'état général antérieur du malade et que nous ne pouvons rapporter ici. Le malade est d'ailleurs encore en traitement. L'observation sera publiée plus tard dans tous ses détails.

Voici un dernier exemple de la combinaison des procédés antiseptiques.

Il s'agissait d'une rétention des règles par imperforation de l'hymen chez une fillette de quinze ans, peu développée pour son âge, mais d'une assez bonne constitution. La collection sanguine était considérable, les parois utérines très distendues et très amincies. Les accidents de septicémie se montrant quelquefois très redoutables après l'ouverture de ces hématomes, il importe donc de les prévenir. Voici comment j'y parvins. L'incision de la membrane fut faite assez largement avec le thermo-cautère. Un flot de sang noirâtre et poisseux s'écoula, mais il en restait encore une assez grande quantité dans l'utérus. J'en fis sortir une partie en poussant lentement dans la cavité deux litres d'eau phéniquée à 2/100. Je laissai ensuite à demeure dans la cavité utérine une grosse sonde de caoutchouc rouge, qui servit à pousser deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures des injections antiseptiques jusqu'à retrait complet des parois de la matrice. Dans l'intervalle des injections, l'extrémité libre de la sonde plongeait dans un vase rempli au quart d'eau phéniquée.

La constipation fut maintenue à l'aide d'un peu d'opium pendant trois jours.

La miction fut assurée par une sonde de caoutchouc rouge placée à demeure dans le canal de l'urèthre et qu'on débouchait chaque fois que la malade le désirait. Enfin pour assurer la protection contre les germes septiques du dehors, j'appliquai et fixai au devant de la région ano-génitale une compresse de gaze iodoformée longue et large comme les garnitures dont se servent les femmes pendant les règles ; cette compresse était percée à la partie moyenne de deux trous destinés à laisser passer les deux sondes.

Ces mesures atteignirent sans peine le but proposé : douleurs nulles, asepsie complète, apyrexie absolue, retrait rapide de la matrice ; on supprima les sondes au quatrième jour et l'on conserva seulement jusqu'à la fin de la semaine la garniture iodoformée.

Il y aurait beaucoup à dire encore sur ce point spécial de la méthode antiseptique, mais les exemples présents suffisent pour poser catégoriquement le principe.

M. le Dr Pedro Catalan a consigné dans sa thèse inaugurale un cas analogue à celui que j'ai rapporté plus haut (p. 185) et dans lequel j'ai fait la gastrotomie et la rectotomie pour extraire un corps étranger du rectum ; mais la mort survint dans ce nouveau cas [1].

1. *Cuerpos estraños del recto*, Buenos Ayres, 1883, p. 35.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, qui depuis plusieurs années s'introduisait, dans un but de plaisir, des corps étrangers de toute espèce dans le rectum. Le dernier fut un isolateur de télégraphe, en porcelaine, qui produisit le résultat cherché ; mais au moment de l'éjaculation l'isolateur fut attiré par une sorte de succion dans le rectum jusqu'à la terminaison de l'S iliaque.

Des tentatives d'extraction furent faites vainement par le malade d'abord, puis par un médecin. X... entra à l'hôpital dix jours après l'accident. On fit là une nouvelle tentative; mais on ne réussit qu'à briser quelques fragments de l'isolateur avec une pince de Liston, au détriment de la muqueuse rectale.

Le lendemain, 14 mai 1881, nouvelles tentatives avec le chloroforme, par M. le Dr Manuel Montes de Oca, professeur de clinique chirurgicale à Buenos-Ayres. État général assez bon; température 37°,2; 90 pulsations; anus très dilaté, de sorte qu'en écartant les fesses on peut voir le corps étranger, que la main parvient à toucher, à 12 centimètres de l'orifice anal, et enclavé dans la concavité de l'S iliaque. Odeur de gangrène montrant que la partie inférieure du rectum était déjà fort altérée. Rétention complète d'urine; douleurs abdominales non exaspérées par la pression.

L'anesthésie étant obtenue, on introduit les branches d'un forceps comme pour l'accouchement, et pour faciliter l'introduction de la deuxième branche, on divise l'anus sur la ligne médiane postérieure avec la chaîne d'un écraseur, puis on tente des tractions infructueuses ainsi que différentes manœuvres pour changer la position du corps étranger, le tout pendant deux heures et demie. Les forces du chirurgien et de ses aides étaient à bout; il semblait que l'isolateur faisait corps avec les parties environnantes.

Le lendemain 15 mai, après anesthésie, incision de 20 centimètres, curviligne, convexe en haut, allant de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche au bord externe du muscle droit de l'autre côté, à 12 centimètres de l'ombilic. Précautions antiseptiques minutieuses; hémostase avant d'inciser le péritoine. — Incision de 10 à 12 centimètres de la partie supérieure du rectum et inférieure de l'S iliaque; on saisit et on tire le corps étranger en haut, mais il fallut en outre le pousser par l'anus pour le déloger de son siège entre la concavité du sacrum et la face postérieure du pubis. Suture de l'intestin. Alors syncope de l'opéré; puis toilette du péritoine, suture profonde et superficielle de la plaie pariétale.

Voici les dimensions du corps étranger. Hauteur, 10 centimètres; diamètre de sa partie supérieure, 5 centimètres; diamètre de sa

partie inférieure, 8 centimètres; circonférence inférieure, 29 centimètres; poids 22 onces.

A dix heures du soir, nausées, chaleur générale, agitation; pilules d'opium; pas de douleurs abdominales, pas de tympanisme. A une heure du matin, la température baisse de plus en plus. Mort le 16 à six heures et demie; on l'attribue à un commencement de péritonite, limitée au voisinage de l'incision, à quelques points de la séreuse intestinale, à une congestion méningée avec exsudat liquide, lésions trouvées à l'autopsie; à la gangrène du rectum, au choc, à l'action de l'opium et du chloroforme, à l'anémie, à la dépression morale du sujet.

La marche de la température et du pouls nous paraît digne de remarque.

1 h. 1/2 après midi, après l'opération....	140	38°	
3 — —	140	38°,2	
5 — —	136	37°,8	
7 — — (irrégulier).	136	37°,8	
9 — —	142	38°,2	
11 h. 1/2 — —	156		
12 — — Cathétérisme.			
1 h. du matin. — incomptable.		37°.8	
6 h. 1/4 — —		36°	
6 h. 1/2 — mort.			

Le manque de désinfection du foyer gangréneux rectal nous semble, en l'absence d'une inflammation capable d'expliquer l'ascension initiale puis l'abaissement de la température et l'accélération du pouls, avoir déterminé une intoxication septique rapidement suivie de mort.

Il est probable qu'au moment de l'opération, qui fut faite en quelque sorte d'urgence, M. Montès de Oca ne connaissait pas la relation de la mienne, ni celle de M. Studsgaard, que M. Catalan ne cite d'ailleurs que d'après l'article RECTUM du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, comme toutes celles que renferme la thèse de M. Gérard[1].

1. *Des corps étrangers du rectum, leur migration dans l'intestin.* Th. de doct. Paris, 1878.

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

LA FIÈVRE PRIMITIVE DES BLESSÉS

Par le Dr Gabriel **MAUNOURY** [1]

[M. Maunoury était interne dans mon service en 1876 lorsqu'il entreprit, sur mon conseil, le présent travail ; dans une courte introduction il en indique le sujet et le plan.

Il se proposait d'abord de traiter de la *fièvre traumatique primitive*, affection très commune, très connue, et sur la signification de laquelle tout le monde semble d'accord ; il voulait surtout en étudier les formes et les variétés.

Naturellement il chercha d'abord une définition, mais ne fut satisfait d'aucune de celles qu'il trouva dans les auteurs ; si les unes, en effet, basées sur la pathogénie, étaient suffisamment claires, il n'en était plus de même pour celles dont le but était d'indiquer ce qui, au lit du malade, caractérise la fièvre traumatique. L'obscurité s'étend des définitions aux faits, car dès qu'un mouvement fébrile survient après une blessure, on est tenté de lui donner le nom de fièvre traumatique.

M. Maunoury examine donc en premier lieu si le mot de fièvre traumatique répond à une complication particulière ou s'il n'est qu'un terme générique servant à désigner les diverses complications fébriles pouvant survenir dans les premiers jours qui suivent le trauma.

La fièvre traumatique étant admise comme affection distincte, l'auteur s'enquiert ensuite de la part qui lui revient dans les fièvres

1. *Thèse de doct.* Paris, 1877.

qui succèdent aux blessures, et croit reconnaître que là encore sa fréquence et son importance ont été singulièrement exagérées. Il arrive ainsi à un résultat tout différent de celui qu'il pensait d'abord atteindre. Son travail, commencé pour décrire la fièvre traumatique, ne sert en somme qu'à en faire le procès. Il modifie donc son titre et substitue au mot de fièvre traumatique qui désigne et doit désigner un état morbide bien déterminé, celui de *fièvre primitive des blessés*, qui est beaucoup plus général et comprend plusieurs affections distinctes.

Pour faire la part de la fièvre traumatique vraie au lit du malade, pour la reconnaître et la distinguer de certaines *fièvres épitraumatiques*, si je puis m'exprimer ainsi, M. Maunoury procède fort simplement : il laisse de côté définition et théorie. Il prend l'observation d'un bon nombre de blessures, aussi variées qu'elles peuvent l'être dans un grand service de chirurgie ; le thermomètre à la main, il recueille les tracés, et mettant de côté tous ceux qui annoncent un mouvement fébrile manifeste, il recherche avec soin l'explication de cette fièvre. Or, la cause lui paraît tantôt évidente, parfois hypothétique et même absolument inconnue. C'est le résultat de ces recherches cliniques qu'on va trouver dans les pages suivantes.

Avant d'entrer dans le fond du sujet, l'auteur consacre plus de vingt pages à l'historique de la question. Cette partie de sa thèse, bien que fort intéressante, ne renfermant rien d'original, ne sera point reproduite ici, d'après le désir même de M. Maunoury. Elle se résume d'ailleurs dans les quelques phrases suivantes (page 33).

« 1° Les théories de la fièvre traumatique sont nombreuses, mais la théorie septicémique est la plus généralement acceptée ; 2° les définitions cliniques sont toutes vagues et ne peuvent être d'aucune utilité ; 3° dès que chez un blessé on voit la fièvre survenir dans les deux ou trois premiers jours, on donne à cet état fébrile le nom de fièvre traumatique sans chercher d'autre explication. »

Ce qui constitue, je me permettrai de l'ajouter ici, une des applications les plus malencontreuses du *post hoc ergo propter hoc*, si funeste à l'étiologie en général. — A. V. 1884.]

QUE DOIT-ON ENTENDRE PAR LE MOT DE FIÈVRE TRAUMATIQUE

Un individu vient d'être blessé ; deux choses alors peuvent arriver : on verra la plaie se cicatriser par première ou par seconde intention, sans constater à aucun moment la moindre élévation de température ; ou bien nous assisterons, pendant les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'accident, au développement d'un mouvement fébrile plus ou moins intense, plus ou moins prolongé ; au lieu d'un blessé apyrétique, nous avons un blessé fiévreux. C'est de ce dernier seulement que nous aurons à nous occuper.

Quelle est la cause de cette fièvre ? Dans certains cas, nous constatons l'existence d'une affection étrangère ; dans d'autres, au contraire, nous ne pouvons trouver aucune maladie intercurrente, et nous sommes obligés de chercher dans la plaie la seule cause du mouvement fébrile.

Prenons des exemples. Un blessé entre à l'hôpital : le soir ou le lendemain, il est pris d'une fièvre intense ; deux jours après apparaît une éruption de scarlatine ou de variole. Il est évident que ce blessé a été pris par hasard de scarlatine, et l'on ne songera pas un instant à faire intervenir le traumatisme pour expliquer l'existence de la fièvre éruptive. Il y a là une lésion traumatique et une maladie générale qui peuvent avoir l'une sur l'autre une certaine influence, mais qui, quant à leur origine, sont absolument indépendantes.

Après ces maladies intercurrentes éclatant par hasard sur les blessés, nous pouvons en citer d'autres dont l'apparition est déterminée par le traumatisme. Ces faits avaient déjà été signalés autrefois ; mais ils étaient tombés dans l'oubli lorsque, dans ces dernières années, M. Verneuil attira de nouveau l'attention sur eux.

Un sujet robuste, anciennement atteint d'intoxication paludique, entre dans son service pour une fracture du péroné ; il est pris le soir même d'un accès de fièvre violent et bien caractérisé.

A côté de ces rappels de fièvre intermittente, M. Verneuil signale encore de nombreuses observations où un traumatisme même léger a suffi pour provoquer une attaque de rhumatisme articulaire aigu

chez un arthritique. Ces rappels de diathèse provoqués par l'action excitatrice du traumatisme sont loin d'être rares ; ils peuvent fort bien, au début, simuler une fièvre traumatique intense ou même une pyohémie ; il importe donc au chirurgien de bien les connaître pour pouvoir porter un bon pronostic.

Il est des cas où la fièvre reconnaît pour cause un phénomène ayant un rapport plus immédiat avec le traumatisme ; nous voulons parler des accidents à distance développés à la suite des blessures.

On pratique le cathétérisme pour un rétrécissement de l'urèthre : survient un accès de fièvre qui dure quelques jours. Même chose pourrait arriver après une divulsion, une uréthrotomie interne ; je cite le cathétérisme à dessein, parce que le traumatisme est là réduit au minimum, et qu'il est impossible de l'invoquer pour expliquer les accidents généraux. Si, lors de l'apparition de la fièvre, on vient à presser sur la région lombaire, on constate le plus souvent une douleur vive à la pression au niveau des reins ; l'accès fébrile est simplement dû à une poussée congestive ou inflammatoire du côté de la glande rénale. Il faut donc, sans hésiter, rayer cette fièvre du cadre de la fièvre traumatique ; la confusion n'a pu évidemment exister qu'à une époque où ces deux manifestations fébriles étaient incomplètement connues ; mais aujourd'hui que l'analyse clinique a permis de bien isoler la complication rénale, on ne saurait laisser subsister une pareille confusion. La néphrite n'est pas d'ailleurs le seul accident fébrile à distance qu'on ait rapproché de la fièvre traumatique ; nous pourrions encore citer l'orchite consécutive au cathétérisme.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que de cas parfaitement nets sur lesquels il ne saurait y avoir de contestation. La maladie intercurrente ou la complication domine tellement la scène, que le traumatisme disparaît, comme cause de fièvre, et la fièvre traumatique, si elle existe, se perd dans la fièvre symptomatique de la maladie principale. A côté de ces cas incontestés, il en est d'autres moins tranchés.

Ainsi la fièvre trouve parfois son explication dans l'inflammation d'un organe voisin de la plaie, que cette inflammation se soit développée par propagation ou qu'elle soit sous l'influence d'une cause accidentelle telle qu'un refroidissement.

Il n'est pas question ici des fièvres secondaires de Billroth, puisque c'est souvent le soir même de l'opération que la fièvre débute. Ce début rapide est même un indice très important ; nous verrons, en effet, que dans les traumatismes portant sur des tissus sains, c'est en général le second jour que la fièvre apparaît ; lors donc que dès le soir de la blessure la température s'élève, nous devons recher-

cher s'il n'existe pas une complication du genre de celles dont nous parlons.

Obs. I. — *Ablation d'un lymphadénome du cou; angine le soir de l'opération.*

Bouchot (Victor), garçon de restaurant, vingt ans, entre le 9 mai 1876 à la Pitié. Habituellement bien portant, ce garçon porte, depuis dix-huit mois, dans les régions parotidienne et sous-maxillaire du côté droit une tumeur ganglionnaire qui a peu à peu grossi et actuellement présente le volume de la moitié du poing. M. Verneuil diagnostique un lymphadénome bénin.

Le 7 juin, à dix heures et demie du matin, incision de 6 à 7 centimètres allant du lobule de l'oreille à l'angle de la mâchoire; masses maronnées constituées par des ganglions hypertrophiés que l'on extrait un à un, et qui sont plus adhérents aux parties profondes que ne le faisait supposer l'examen antérieur; pour les énucléer on se sert uniquement d'instruments mousses et des doigts. La plaie, très profonde, arrive jusqu'à la carotide que l'on voit battre. Seconde plaie beaucoup moins profonde pour enlever les ganglions sous-maxillaires, double drain passé d'une plaie à l'autre. On panse avec de la charpie phéniquée. On n'a fait aucune ligature.

Le soir de l'opération, le malade se plaint d'une douleur très vive à la gorge, douleur qui s'exaspère lorsque le malade avale les liquides ou simplement sa salive. Pouls 112, température à 38°,8 (Tableau I), alors que la veille au soir elle était à 37°,2. Il est manifeste que le malade a une angine intense. — Les jours suivants la déglutition reste douloureuse, la fièvre arrive à son maximum le deuxième jour, le troisième jour la région sous-maxiliaire est le siège d'un gonflement notable, enfin le cinquième jour la fièvre cesse et la déglutition redevient facile. Aucun incident fâcheux ne s'est présenté depuis.

Tableau I.	Matin.	Soir.
5 juin		36°,8
6 »		37 ,2
7 »	36°,6 opération à 10 heures 1/2	38 ,8
8 »	38 ,2	39 ,5
9 »	38 ,1	38
10 »	37 ,5	38 ,3
11 »	37 ,2	37 ,8
12 »	37 ,4	3
13 »	36 ,7	37
14 »	36 ,6	36 ,8

Ainsi la fièvre s'est déclarée le soir même, ce qui est absolument anormal à la suite d'une opération portant sur des tissus sains; nous sommes donc obligé de chercher une explication, qui n'est pas difficile à trouver, puisque, le soir même de l'opération, on a constaté tous les symptômes d'une angine intense.

Les cas analogues sont nombreux, et on en trouvera plusieurs dans la suite de ce mémoire. Voici une autre observation qui semble calquée sur la précédente, tant la marche de la température et les autres symptômes ont été semblables; une seule circonstance diffère, c'est que la plaie, au lieu de porter sur la région sous-maxillaire, siège ici au voile du palais.

Obs. II. — *Adénome du voile du palais; ablation, angine.*

Génin (François), quarante-huit ans, vigneron, entre le 21 mars 1876 à la Pitié. Bonne santé antérieure. Depuis huit à dix mois, tumeur située dans la moitié gauche du voile du palais, actuellement grosse comme un œuf, régulièrement arrondie ou plutôt ovoïde, de consistance molle et élastique, indolente, recouverte par une muqueuse saine et mobile. M. Verneuil diagnostique un adénome.

Le 29 mars, opération à onza heures du matin. Incision demi-circulaire de la muqueuse sur la face antérieure de la tumeur; on dissèque le petit lambeau ainsi circonscrit, et à l'aide d'une spatule on cherche à énucléer la tumeur; mais celle-ci se fragmente, et on est obligé d'enlever un à un les morceaux, puis à l'aide d'une pince on saisit sa coque fibreuse et on l'extrait en entier.

Le soir, la température a sauté brusquement de 36°,6 à 38°,8 (voir le tableau II). Le lendemain matin, la gorge offre une teinte rouge vif, le voile du palais est gonflé ainsi que la région sous-maxillaire gauche; dans la journée quelques petits frissons vagues, un peu de céphalalgie; la déglutition est tellement douloureuse que l'opéré ne peut avaler sa salive, et qu'il crache constamment. — Les jours suivants le gonflement du voile du palais diminue, la déglutition devient plus facile; le 2 avril, le malade peut avaler de la soupe, le 4 avril du pain; le 5 avril tout gonflement a disparu; le malade retourne chez lui.

Tableau II.	Matin.	Soir.
28 mars	37°,1	37
29 »	36 ,6 opération à onze heures.	38°,8
30 »	38 ,1	39 ,4
31 »	37 ,6	37 ,9
1er avril	37 ,2	37 ,5

2 avril	36 ,4	37 ,5
3 »	37	37 ,2
4 »	36 ,8	37 ,4
5 »	36 ,4	

Dans ces deux observations, la plaie a été pratiquée dans des tissus sains : dans un cas, au voisinage de la muqueuse du pharynx ; dans l'autre, sur cette muqueuse même. Dans les deux, la fièvre était déjà assez vive (38°8) le soir de l'opération, elle atteignait son maximum (39°,4) le second jour, tombait le troisième, pour cesser définitivement le cinquième ; dans les deux encore, les symptômes de l'angine apparaissaient dès le soir, le gonflement du cou survenait à la fin du deuxième ou le troisième jour. Ces deux faits, trop semblables pour ne pas être cités ensemble, démontrent parfaitement que la fièvre a eu pour cause l'angine et non pas la lésion traumatique. Pour ne laisser subsister aucun doute à cet égard, et pour démontrer que l'existence de la plaie est inutile pour expliquer le mouvement fébrile, nous citerons encore l'observation suivante due à M. Verneuil.

Obs. III. — *Kyste du corps thyroïde; première ponction, fièvre nulle; deuxième ponction avec injection iodée, fièvre intense; phénomènes généraux dans le courant de la première nuit; amygdalite aiguë.*

Dame, cinquante ans, bonne santé habituelle, mais prédisposée aux migraines et aux angines ; kyste du lobe gauche du corps thyroïde, du volume d'une orange, uniloculaire, qui ne donne lieu qu'à une gêne mécanique par compression légère de la trachée et de l'œsophage. Au commencement de juin, ponction évacuatrice pour établir le diagnostic : opération très peu douloureuse, le lendemain la malade n'y pensait plus. Le liquide s'étant reproduit rapidement, on procéda huit jours après à l'opération radicale, c'est-à-dire à une ponction suivie de lavage du kyste à l'eau phéniquée faible (1 p. 100) et d'injection iodée. Cette ponction faite avec l'aiguille Dieulafoy n° 2, à cinq heures du soir, fut assez douloureuse ; applications de compresses d'eau fraîche souvent renouvelées. La douleur passa en moins d'une heure, la malade s'endormit, et comme il faisait très chaud, on commit l'imprudence de laisser la fenêtre ouverte. A deux heures du matin (neuf heures après l'opération), la malade fut réveillée par un malaise assez marqué avec frissons et nausées ; le reste de la nuit elle fut agitée et éprouva des douleurs dans le cou, la nuque, l'oreille et l'épaule

du côté opposé. Le lendemain matin, céphalalgie, prostration, fièvre assez vive, nausées, inappétence, inquiétudes. — Dans la journée, face vultueuse, peau chaude, pouls plein et fréquent; l'exploration thermométrique n'est pas faite, mais évidemment il y a une fièvre assez forte ; un peu de toux et de difficulté dans la déglutition; le kyste, à moitié rempli mais médiocrement douloureux au toucher, n'est certainement pas très enflammé. Cataplasmes émollients, potion calmante.

Le lendemain tout continue, mais nous avons l'explication des phénomènes. La malade accuse des difficultés à avaler de plus en plus fortes, surtout à droite; j'examine l'arrière-gorge et reconnais une amygdalite à droite. L'incident n'eut pas d'autres suites, et trois jours après il n'y paraissait plus, mais j'avais été assez préoccupé. Je n'appris qu'alors la prédisposition de la malade aux angines.

Il ne peut y avoir ici qu'une interprétation : le kyste n'était pas enflammé et le traumatisme était nul; la fièvre n'a donc pu avoir d'autre cause que l'angine. Les symptômes sont absolument semblables à ceux que nous avons notés dans les observations I et II : début quelques heures après l'opération, frissons légers, douleurs dans la déglutition, fièvre intense le deuxième jour, le tout cessant quatre jours après. L'angine suffisait pour expliquer l'état fébrile. Mais le trauma portant près du pharynx doit-il s'accompagner nécessairement d'angine, et joue-t-il un rôle dans le mouvement fébrile survenu chez nos malades? Une quatrième observation va permettre de résoudre ce double problème.

Obs. IV. — *Lymphadénome sous-maxillaire; ablation; fébricule insignifiante.*

B... (Élise), vingt-cinq ans, entrée le 27 juin 1876 à la Pitié, porte dans la région sous-maxillaire gauche une tumeur grosse comme un œuf de poule, absolument indolente, mobile sous les téguments qui sont intacts et sur les parties profondes. Pas d'engorgement ganglionnaire en d'autres points du corps. Cette tumeur a commencé à grossir depuis deux ans et demi.

Opération le 3 juillet : incision suivant le grand axe de la tumeur qu'on énuclée avec les doigts et des instruments mousses; plusieurs vaisseaux sont liés avec le catgut. Pansement avec la charpie phéniquée. — Le soir la malade n'éprouve aucun malaise, la déglutition n'est nullement gênée, la température est normale. — Les jours suivants, aucun incident ne se produit, la malade a de l'appétit, elle

ne souffre pas du cou; la plaie se comporte aussi simplement que possible, il n'y a pas trace d'inflammation de voisinage; pendant les premiers jours, la température n'a pas dépassé 37°, 8. La malade sort de l'hôpital une semaine après avoir été opérée.

La plaie était ici assez comparable à celle de l'observation I, bien qu'elle fût de moindres dimensions; en tout cas, elle était plus grande que celle de l'observation II. Si les symptômes généraux ont été nuls dans un cas, et marqués dans l'autre, cela tient évidemment à ce que l'angine a manqué dans le premier cas et existé dans le second. Ce fait démontre que le traumatisme dégagé de toute complication est incapable de donner lieu à un pareil mouvement fébrile. Il permet encore de constater que la température ne s'est pas élevée le premier jour et que ce n'est que le soir du deuxième qu'elle a présenté une certaine augmentation (37°, 8).

Ces quatre obervations montrent combien il est difficile de bien limiter ce qu'on doit désigner par le mot de fièvre traumatique. Pour un grand nombre de chirurgiens, trois d'entre elles au moins eussent été regardées comme des types de cette fièvre, tandis que nous n'en trouvons qu'un seul exemple, si tant est même qu'on puisse appeler ainsi une fébricule où le thermomètre ne dépasse pas 37°, 8.

Les états fébriles dont nous avons parlé jusqu'ici ne tenaient point à la plaie elle-même, étant causés par une maladie étrangère ou par une lésion affectant un autre siège que la plaie. Débarassés de ces pseudo-fièvres traumatiques, nous allons parler des fièvres reconnaissant pour causes les actes qui se passent au foyer traumatique.

Le trauma peut intéresser les grands viscères : cerveau, poumons, reins, etc., alors on peut voir survenir immédiatement un état fébrile dû à l'inflammation viscérale, mais alors la fièvre n'a aucun rapport avec la fièvre traumatique. Le doute n'est pas possible dans le cas suivant.

Obs. V. — *Fracture du crâne avec lésions profondes du cerveau. Élévation rapide de la température.*

Le 30 janvier 1876, entre à la Pitié un employé du chemin de fer d'Orléans, qu'on a trouvé dans la nuit sans connaissance sur la voie. A la visite du matin, coma à peu près complet, décubitus dorsal, face pâle, bouffie, sans plaie; il sort du sang assez abondamment par l'oreille droite, la bouche et le nez.

Anesthésie très marquée des deux côtés. Paralysie complète à droite, incomplète à gauche. La température rectale, à la visite du matin, est à 35°; le soir le malade est un peu agité, le pouls est à 148, la température rectale à 40°6. Le malade meurt à neuf heures du soir, c'est-à-dire vingt-trois heures après l'accident. A l'autopsie on trouve une fracture comminutive de l'étage antérieur de la base du crâne, sans épanchement sanguin notable, mais avec violente contusion des deux lobes frontaux.

Voilà donc un blessé chez lequel, dans les premières vingt-quatre heures, la température s'élève de cinq degrés; cette élévation est sous la dépendance exclusive de la lésion cérébrale et n'a aucun rapport avec la fièvre traumatique. Les faits de ce genre sont d'ailleurs bien connus : on sait qu'une blessure portant sur certaines régions de la moelle épinière donne lieu à des effets analogues. Nous tenions néanmoins à signaler ces faits, car s'il est facile de les distinguer quand ils sont bien nets, il peut être parfois beaucoup plus difficile de les isoler, et ils sont souvent confondus avec la fièvre traumatique. Cependant il serait aussi étrange de faire rentrer cette fièvre symptomatique d'une lésion cérébrale ou médullaire dans la fièvre traumatique, que de regarder la paralysie consécutive à la blessure d'un tronc nerveux comme un des accidents du traumatisme en général.

Nous pouvons citer, à côté des lésions traumatiques du cerveau, celles des poumons, des reins, etc. Dans tous ces cas, on peut voir survenir un état fébrile dont l'intensité et la marche seront en rapport, non point avec le traumatisme, mais avec l'organe lésé; la fièvre reconnaît alors pour cause une complication qu'une analyse clinique minutieuse permet le plus souvent de reconnaître. Les caractères de cette fièvre varieront suivant la complication. Que dans un cas de fracture de côte, le poumon contusionné devienne le siège d'une simple congestion, on pourra constater une fièvre légère; que la lésion pulmonaire soit plus violente et détermine une pneumonie, nous aurons alors le tracé thermométrique caractéristique de la pneumonie ordinaire. Nous avons pu vérifier ces faits en prenant la température dans différents cas de fracture de côte.

Si, au lieu du poumon, c'est le rein qui est lésé, le tracé thermométrique sera tout différent, ainsi que le montre le cas suivant, présenté par nous à la Société anatomique.

Obs. VI. — *Fracture de côte compliquée de pneumothorax et de contusion du rein; mort.*

Chevalier (Jean-Baptiste), vingt-sept ans, facteur au chemin de fer, tamponné par un wagon, le 12 juin 1876, à dix heures du matin. L'après-midi, on l'apporte dans le service de M. Verneuil. Il est très oppressé et se plaint beaucoup du côté droit; fracture de plusieurs côtes de ce côté avec pneumothorax; rétention d'urine.

Le 14 juin, apparition d'une fièvre qui suit une marche assez régulièrement ascendante. On trouve dans la poitrine les signes d'un épanchement pleural abondant sans pneumonie, mais un symptôme fort insolite apparaît, c'est une diminution considérable de la quantité de l'urine; le 14, cette quantité a été de 350 grammes, le 15 de 500, le 16 de 600, le 17 de 800, le 18 de 900. M. Verneuil, se fondant sur cette oligurie et en même temps sur l'élévation extrême de la température qui n'était nullement expliquée par les lésions du thorax, diagnostiqua un econtusion du rein, malgré l'absence d'hématurie. Mort le 19 juin.

Outre la fracture de six côtes et un épanchement séro-sanguinolent dans la plèvre sans pneumonie, il existait sur la face postérieure du rein droit une déchirure transversale allant du hile au bord externe, n'intéressant que le parenchyme sans atteindre les calices.

	Matin.	Soir.
12 juin	Blessé à dix heures matin.	37°,7
13 »	37°,5	36 ,8
14 »	39 ,2	39 ,3
15 »	38 ,1	39 ,6
16 »	37 ,8	41 ,1
17 »	38	40 ,8
18 »	39 ,6	40 ,4
19 »	40 ,7	42 ,4 mort

La fièvre qui survient à la suite des lésions viscérales dépend donc de l'organe blessé et de la complication qui s'y déclare, mais n'a rien de commun avec la fièvre traumatique véritable. Bien plus, certaines de ces lésions, au lieu de produire une élévation de la température, déterminent un abaissement; il n'est pas rare de voir, par exemple dans les blessures de l'intestin, le thermomètre descendre à 34 et même 33°. Ces faits doivent être laissés de côté.

Il faut également rejeter du cadre de la fièvre traumatique l'état fébrile observé à la suite de la lésion d'une grande séreuse, état qui variera suivant la complication : si l'inflammation est légère, la fièvre

le sera également; s'il y a inflammation violente et suppuration, on aura une fièvre intense. Les observations suivantes montrent ces deux degrés extrêmes de la fièvre à la suite de blessures portant sur le péritoine.

Obs. VII. — *Contusion de l'épigastre; péritonite locale, guérison.*

Taillebois, vingt-trois ans, reçoit à l'épigastre un violent coup de pied de cheval, tombe à la renverse et perd connaissance. A son entrée à la Pitié, il est pâle, le pouls régulier; douleur vive à l'épigastre qui rend très difficile l'examen de cette région. Pas de contusion apparente.

Dans la journée, quelques vomissements bilieux. — Les jours suivants, mouvement fébrile assez marqué, pouls plus fréquent, face vultueuse; bientôt tous ces symptômes se calment, les vomissements bilieux cessent, le malade se lève, et sort bien portant de l'hôpital au bout d'une huitaine de jours.

	Matin	Soir.
20 avril	37°,2 (trauma).	38°,6
21 »	37 ,8	37 ,1
22 »	38	39 ,2
23 »	38 ,1	39 ,2
24 »	37 ,2	37 ,6
25 »	36 ,3	37 ,2
26 »	36 ,4	37 ,1

Il est évident que sous l'influence de la violence extérieure il s'est produit une péritonite traumatique qui est restée localisée au point d'application de la violence; le mouvement fébrile n'a pas besoin d'une autre explication; la peau et les tissus sous-cutanés de l'épigastre n'ont pas d'ailleurs présenté de lésion apparente.

Obs. VIII. — *Opération de hernie étranglée; péritonite suraiguë.*

Moreau (Paul), trente-deux ans; kélotomie pour une hernie inguinale étranglée, le 22 mai 1876, à dix heures du matin. On trouve dans le sac presque tout le grand épiploon avec une anse intestinale de 15 centimètres, le tout sans lésions bien avancées. On réduit l'intestin et l'on sectionne l'épiploon après avoir serré son pédicule dans une double ligature. Le soir, le malade se trouve très bien, la température est sensiblement la même que le matin. Le lendemain matin elle a sauté brusquement à 39°,8 et le pouls à 140; parole anhélante, ventre ballonné; dans la journée, hoquet, agitation; mort la nuit suivante à une heure du matin.

A l'autopsie, épanchement séro-purulent dans la cavité péritonéale; pas de perforation intestinale ni de congestion pulmonaire.

	Matin.	Soir.
20 mai		37°,2
21 »	37°,5	37 ,3
22 »	37 ,6 Opération à 10 heures matin.	37 ,9
23 »	39 ,8	40 ,3

Même chose pour la plèvre et l'arachnoïde; cela explique peut-être la fièvre légère que j'ai toujours observée dans les fractures simples du crâne où il ne semblait y avoir aucune lésion des centres nerveux. Il est très vraisemblable, en raison des rapports qui existent entre les méninges et les os du crâne, que la violence qui a fracturé les os a aussi contusionné les méninges, déterminé une inflammation légère analogue à l'hydarthrose traumatique et que par ce fait la température a pu s'élever un peu. Ce qui vient à l'appui de cette manière de voir, c'est que pendant les premiers jours qui suivent la fracture, le blessé est continuellement sous la menace d'une méningite suppurée : or si cette complication redoutable est si fréquente et peut survenir ainsi d'un moment à l'autre, il serait bien étonnant qu'il n'y eût pas souvent une inflammation légère des méninges. Il en est donc pour elles comme pour le péritoine; suivant la violence du traumatisme, l'inflammation sera bénigne ou suppurative, et suivant le degré de l'inflammation, la fièvre sera légère ou intense.

Si, au lieu d'une grande séreuse, il s'agit d'une synoviale articulaire, les phénomènes paraîtront peut-être moins nets, mais ils seront cependant analogues. Là aussi, suivant que le traumatisme sera plus ou moins violent, l'inflammation sera légère ou intense, ainsi qu'on le verra dans les deux observations suivantes.

Obs. IX. — *Chute; entorse du genou, épanchement articulaire.* Mathon, cinquante-deux ans, typographe, entre à la Pitié le 5 février 1876, pour une chute d'un troisième étage; le lendemain nous constatons, outre une petite plaie insignifiante à la tête, une entorse du genou droit. Mouvements de latéralité très étendus, avec douleur vive à la pression sur le ligament latéral interne, et épanchement notable dans la synoviale. — Mouvement fébrile très marqué, pouls fréquent, face vultueuse. La température redevient normale au bout de quatre jours, l'épanchement persiste quelque temps; au commencement de mars le malade sort guéri.

	Matin.	Soir.
4 février	Trauma.	
5 »	»	38°,4
6 »	38°	38 ,5
7 »	37 ,8	38
8 »	37 ,2	37 ,6
9 »	37 ,2	37 ,7
10 »	37	37 ,6
11 »	37	37 ,4
12 »	37	37 ,4

La plaie de tête étant insignifiante, la fièvre ne peut être due qu'à l'arthrite développée sous l'influence de la chute; le gonflement, la douleur, la chaleur locale constatés au niveau de l'articulation contuse ne laissent aucun doute à cet égard. Mais le trauma, au lieu de produire seulement une entorse, aurait pu donner lieu en même temps à une fracture de l'extrémité inférieure du fémur; dans ce cas l'arthrite eût existé de même et eût donné lieu au même mouvement fébrile. Aurait-on été autorisé par cela à dire que les fractures du fémur s'accompagnent de fièvre? Évidemment non. Dans les cas où l'on a cru qu'une fracture produisait la fièvre traumatique, n'y avait-il pas quelque chose de semblable? Une fracture de l'extrémité inférieure du radius ne s'accompagne-t-elle pas d'un gonflement de l'articulation du poignet? N'a-t-on pas démontré que les fractures de la diaphyse fémorale s'accompagnent d'un épanchement dans l'articulation du genou? On doit donc, lorsqu'il y a fièvre consécutive à une fracture, rechercher dans quel état sont les articulations voisines, d'autant plus que le tracé de ces fièvres montre qu'elles consistent en fébricule presque négligeable.

Obs. X. — *Plaie contuse du genou; arthrite suppurée.*

L***, quarante-six ans, forgeron, blessé à neuf heures du matin; gonflement immédiat du genou et douleurs extrêmement vives. Pansement phéniqué; immobilisation dans une gouttière. Le lendemain, chloroformisation et application d'un pansement ouaté d'Alph. Guérin. A partir du troisième jour, développement d'une fièvre vive due à une arthrite aiguë, et qui dure cinq jours[1].

	Matin.	Soir.
26 septembre	36°,9	37°,6
27 »	36 ,6	38

1. Cette observation a été publiée avec de longs détails par M. Berger, in *France médicale*, 1878, p. 465, et dans Verneuil, *Mémoires de chirurgie*, t. II, 1880, p. 232. Nous y renvoyons le lecteur.

	Matin.	Soir.
28 septembre	38°,2	39°,3
29 »	38 ,5	39 ,6
30 »	39	39 ,5
1er octobre	38 ,3	39 ,5
2 »	38 ,1	39 ,4
3 »	38 ,7	38 ,5
4 »	37 ,8	38 ,3
5 »	37 ,7	38
6 »	37 ,7	38 ,1
7 »	38 ,1	38 ,4
8 et 9 »	37 ,9	38 ,1
10 »	37 ,8	38 ,4
11 »	37 ,9	38 ,7
12 »	37 ,7	38 ,3
13 »	37 ,7	37 ,3
14 »	37 ,7	38 ,4
15 »	37 ,9	37 ,7
16 »	37 ,6	37 ,6
17 »	37 ,2	37 ,7
18 »	37 ,4	37 ,7
19 »	37 ,5	38 ,6
20 »	37 ,4	37 ,6
21 »	37 ,5	37 ,5
22 »	37 ,2	37 ,6
23 »	37	37 ,7
24 »	37	37 ,7
25 »	37 ,2	37 ,6

Une arthrite suppurée a donné lieu ici, au même titre qu'une pneumonie ou un phlegmon, à une fièvre inflammatoire qu'on ne peut appeler traumatique. Nous ne partageons donc pas l'avis de Breuer et Chroback qui appellent fièvre traumatique celle qu'ils font naître en injectant de la teinture d'iode dans l'articulation tarsienne d'un chien et en provoquant ainsi le développement d'une arthrite suraiguë.

Nous passerions vite sur ces faits, si on ne voyait, à chaque instant, les chirurgiens faire cette confusion. Ainsi, dans plusieurs mémoires récents, la fièvre qui survient à la suite d'une injection iodée dans la tunique vaginale est désignée sous le nom de fièvre traumatique, tandis qu'elle doit être attribuée à la vaginalite, et nullement à la ponction insignifiante pratiquée pour faire l'injection.

Si, au lieu de porter sur une séreuse viscérale ou sur une synoviale articulaire, le traumatisme intéresse une bourse séreuse sous-cutanée ou sous-musculaire, cette dernière pourra s'enflammer et donner lieu à un mouvement fébrile. Cette légère complication masquée par le gonflement consécutif à la contusion des parties molles pourra passer inaperçue et l'on croira à tort qu'une contusion simple peut provoquer la fièvre traumatique. Cependant, que ce soit

une petite bourse séreuse ou le péritoine, le processus ne sera pas différent : dans les deux cas la fièvre est symptomatique, ici d'un hygroma, là d'une péritonite ; elle ne doit donc pas être appelée fièvre traumatique.

Après avoir éliminé toutes les fièvres ayant leur point de départ ailleurs que dans la plaie elle-même, revenons sur ce qui se passe dans cette plaie pour y chercher la cause de la vraie fièvre traumatique. Là encore il y a de nombreuses distinctions à faire. Il faut d'abord mettre de côté les cas où la plaie est le siège d'une phlébite, d'un érysipèle, d'une lymphangite ou d'une inflammation quelconque. On a alors une fièvre inflammatoire, fréquente suivant nous, et que l'on confond souvent avec la fièvre traumatique.

Cette fièvre symptomatique d'une inflammation de la plaie est rangée par Billroth parmi les fièvres traumatiques secondaires ; car, le plus souvent, elle ne survient que quelques jours après la blessure, comme dans le cas suivant.

Obs. XI. — *Plaie du poignet ; phlegmon le sixième jour.*

Bourdat, cinquante-sept ans, tombe le 11 avril 1876 dans une porte vitrée, et se fait un peu au-dessus du poignet gauche, sur le trajet de la radiale, une petite plaie qui donne issue à un jet de sang artériel. On établit une compression, et le lendemain, on fait la ligature de la radiale, qui présente une petite plaie oblique de 1 millimètre. Les trois premiers jours, léger mouvement fébrile avec céphalalgie, puis tout cesse ; mais le sixième jour, l'avant-bras devient rouge, dur, œdémateux, douloureux à la pression, en même temps la température s'élève ; le 25 avril, fluctuation profonde ; une incision faite sur la face antérieure de l'avant-bras donne issue à du pus. Les jours suivants le gonflement diminue.

	Matin.	Soir.
11 avril	Blessure.	37°,9
12 »	36°,6 Ligature.	38 ,5
13 »	37 ,7	38 ,2
14 »	37	37 ,4
15 »	36 ,4	36 ,8
16 »	36 ,2	37
17 »	36 ,4	38
18 »	36 ,8	38 ,4
19 »	37	37 ,6
20 »	36	38 ,4
21 »	37 ,2	38 ,8
22 »	37 ,5	38 ,2
23 »	36 ,2	37 ,6
24 »	36 ,8	38 ,2

	Matin.	Soir.
25 avril	37°,5 Incision.	38°,1
26 »	36 ,9	38 ,2
27 »	37 ,6	37 ,8
28 »	36 ,9	37 ,2
29 »	36 ,6	36 ,9
30 »	36 ,6	37

Voilà un exemple de fièvre inflammatoire tardive ; mais l'inflammation, au lieu de survenir le cinquième jour seulement, peut suivre immédiatement le traumatisme, et, dans ce cas, on ne peut plus lui donner le nom de fièvre secondaire, c'est ce que l'on voit dans l'observation suivante.

Obs. XII. — *Ablation d'une tumeur du creux poplité ; phlegmon diffus de la jambe survenant immédiatement.*

Divert, vingt-neuf ans, journalier, porte depuis quinze ans dans le creux poplité droit une tumeur qui grossit un peu depuis quatre mois, et qui est devenue le siège de quelques élancements douloureux le long de la face externe de la jambe. Cette tumeur, grosse comme un œuf de dinde, est un névrome de l'accessoire du saphène externe.

Opération le 5 avril 1876 : incision en T ; l'aponévrose incisée, la tumeur s'énuclée très facilement avec les doigts, on sectionne en haut et en bas le filet nerveux dont elle dépend et l'opération est terminée.

Dans la journée, douleur de la plaie, qui devient plus vive le lendemain ; en même temps, fièvre intense. — Le 8 avril la pression est très douloureuse sur toute la jambe (cataplasme avec onguent napolitain). — Le 9 avril, légers frissons. — Le 10, rougeur de phlegmon diffus sur la face postérieure de la jambe (sangsues), puis la rougeur diffuse s'étend ; petits frissons, inappétence, teinte subictérique. — Il est inutile de suivre plus longtemps ce malade ; qu'il nous suffise de dire que l'on fit de larges débridements sur la jambe pour donner issue au pus ; il y eut une suppuration prolongée, et ce ne fut que vers la fin de juin que la guérison fut complète.

	Matin.	Soir.
4 avril		37°,5
5 »	37°,1 Opération.	38 ,5
6 »	37 ,3	39 ,7
7 »	38	39 ,8
8 »	38 ,5	39 ,6
9 »	38 ,2	39 ,5
10 »	39 ,6	40

	Matin.	Soir.
11 avril	38°,2	39°,5
12 »	38 ,4	39 ,3
13 »	38 ,2	39 ,9
14 »	37 ,8	38 ,8
15 »	38 ,9	38 ,8
16 »	38 ,8	39 ,7
17 »	37 ,9	38 ,6
18 »	37 ,2	38
19 »	37 ,5	39 ,2
20 »	37 ,6	39 ,2
21 »	37 ,4	38 ,8
22 »	37 ,5	38 ,4
23 »	37 ,6	38 ,6
24 »	37 ,4	38 ,4
25 »	36 ,6	37 ,6
26 »	37	37 ,8
27 »	37 ,1	

Dans les deux observations que nous venons de rapporter, l'inflammation s'est terminée par suppuration, mais souvent les choses ne vont pas si loin et la terminaison se fait par résolution; dans ces cas cependant il y aura encore fièvre inflammatoire et non pas fièvre traumatique simple. On devra donc, quand on parlera de fièvre survenant chez un blessé, noter avec soin l'état de la plaie.

Il est également impossible de regarder comme fièvre traumatique celle qui survient à la suite d'une piqûre anatomique; il y a ici inoculation d'un virus, et si la blessure est l'origine de l'état fébrile, elle est tellement insignifiante que l'élément traumatisme ne peut entrer en ligne de compte. Qu'au lieu d'une piqûre presque invisible faite par un scalpel d'amphithéâtre, on ait une plaie faite par un bistouri mal nettoyé ou souillé par un liquide septique, le fait fondamental sera le même; et il est vraisemblable que bon nombre de fièvres consécutives au traumatisme sont dues à cette inoculation de matières plus ou moins impures, provenant des instruments ou des pièces de pansement. La connaissance de ces faits permet de comprendre pourquoi la fièvre survient dans certains cas, affecte telle ou telle forme, débute à telle ou telle époque, etc.

Quand le trauma porte sur une plaie préexistante baignée de pus, nous trouvons des conditions analogues, il y a encore inoculation. La plaie nouvelle n'a qu'un rôle infime dans l'élévation de la température, et il est impossible d'invoquer l'inflammation qui est nulle au moment où la température s'élève, ce qui peut avoir lieu une heure même après le trauma.

En éliminant toutes les fièvres précédentes, nous arrivons à restreindre singulièrement le champ de la fièvre traumatique. Nous

devons aller plus loin. A la suite d'un traumatisme on peut voir survenir un état fébrile intense avec frisson et symptômes généraux graves, sans qu'on puisse l'expliquer ni par une modification de la plaie, ni par une lésion viscérale, ni par une maladie intercurrente. Devons-nous admettre alors une fièvre traumatique? Nous ne le croyons pas, car la fièvre traumatique n'a pas pour symptômes des frissons violents, de l'ictère, etc. Il faut dans ces cas incertains accuser notre ignorance et soupçonner une complication cachée, plutôt que d'admettre une fièvre traumatique. L'observation suivante montrera combien on peut être embarrassé.

Obs. XIII. — *Fracture de cuisse; symptômes généraux graves; fièvre intense sans cause connue.*

Buffard (Victor), quarante-trois ans, charretier, tombe le 3 février 1876 sur la hanche gauche ; fracture du fémur à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, épanchement sanguin considérable à ce niveau ; pas de plaie. Le soir, la température monte à 38°,6 et plus encore les jours suivants ; inappétence, céphalalgie, teinte subictérique, quelques douleurs vagues dans la cuisse ; agitation la nuit. — Malgré un examen minutieux des organes, il est impossible de trouver de complication ni aucune autre lésion traumatique ; pas de délirium tremens. — 16 février, grand frisson avec claquement de dents. Les jours suivants la fièvre cesse, la santé générale redevient bonne, et à la fin d'avril la consolidation du fémur est complète.

	Matin.	Soir.
3 février	Blessure.	38°,6
4 »	37°,8	38 ,7
5 »	38	38 ,6
6 »	38 ,7	39 ,2
7 »	38 ,5	39 ,2
8 »	39 ,2	39 ,5
9 »	38 ,4	39 ,3
10 »	38 ,4	38 ,2
11 »	37 ,4	38 ,5
12 »	37 ,6	38 ,4
13 »	37 ,6	38 ,2
14 »	37 ,3	38 ,2
15 »	37 ,6	39
16 »	38 ,3	39
17 »	37 ,8	38 ,4
18 »	37 ,8	38 ,2
19 »	37 ,2	38
20 »	37	37 ,6
21 »	37	37 ,5
22 »	37	37 ,8

Toutes les pseudo-fièvres traumatiques éliminées, nous pouvons conclure que la fièvre traumatique primitive est un mouvement fébrile qui, apparaissant dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent une blessure, n'est explicable ni par une affction intercurrente, ni par un rappel de diathèse, ni par une inflammation viscérale par propagation ou à distance, ni par la lésion directe d'un organe important, ni par une des complications connues des plaies : inflammation, érysipèle, etc., ni par une inoculation directe de substances putrides. Si en dehors de toutes ces circonstances nous voyons survenir de la fièvre, nous pourrons l'appeler fièvre traumatique.

Mais cette fièvre existe-t-elle? oui, et plusieurs des observations que nous allons rapporter prouvent formellement qu'en dehors de toute complication inflammatoire ou autre il peut se développer chez les blessés une fièvre primitive dont les caractères, le mode d'apparition, et surtout la manière d'être en présence des pansements antiseptiques ne sont explicables actuellement que par la théorie septicémique.

Passer en revue les diverses complications fébriles qui peuvent survenir primitivement chez un blessé, serait trop long. Nous laisserons donc de côté les complications viscérales pour nous en tenir à la fièvre qui survient primitivement après une plaie simple. Mais les conditions du traumatisme varient de mille manières : l'agent vulnérant, la manière dont il agit, la partie sur laquelle il porte, les conditions où se trouve le blessé, et cent autres circonstances, peuvent se combiner les unes avec les autres, de telle façon qu'il n'est pas deux lésions traumatiques absolument comparables. S'il importe au lit du malade de bien se rendre compte de toutes ces conditions, il serait inutile de décrire la fièvre qui peut survenir dans tous ces cas. Au lieu d'entasser les faits, il est donc préférable de mettre en relief quelques grands types cliniques pour prévoir ce qui peut arriver dans tel ou tel cas.

Cette seconde partie sera divisée en deux chapitres correspondant à deux formes bien distinctes de la fièvre des blessés : 1° fièvre qui survient lorsque le trauma porte sur des tissus sains; 2° fièvre dans les blessures des tissus altérés. Pour les lésions des tissus sains, on distingue les plaies exposées et les lésions interstitielles, les conditions qui président à l'apparition de la fièvre étant très différentes dans ces deux cas.

FIÈVRE PRIMITIVE CONSÉCUTIVE AU TRAUMATISME DES TISSUS SAINS

LÉSIONS EXPOSÉES

Une plaie produite par instrument tranchant se cicatrise de deux façons : ou les deux lèvres de la plaie s'accolent, et il y a réunion par première intention, ou la plaie reste béante, et la surface saignante se couvre d'une couche de bourgeons charnus qui, peu à peu, en se rétractant, ramènent les deux lèvres au contact l'une de l'autre ; il y a alors réunion par seconde intention.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fièvre primitive survenant dans le cas de réunion immédiate : les uns l'affirment, les autres la nient ; il est assez facile de les accorder ; en effet tantôt cette fièvre existe, tantôt elle manque, ce qui dépend simplement du plus ou moins d'intensité des phénomènes inflammatoires locaux.

La réunion immédiate peut se faire sans qu'à aucun moment on puisse constater la moindre trace d'inflammation du côté de la plaie ; dans ces cas, la fièvre sera nulle. C'est ce qui arrive le plus souvent dans les autoplasties, les sutures de la lèvre après ablation d'épithélioma, etc., souvent même dans des opérations beaucoup plus sérieuses.

Obs. XIV. — *Amputation de jambe au tiers supérieur ; pansement de Lister ; réunion immédiate ; apyrexie complète.*

Philbert, quarante et un ans ; ostéite de la jambe droite avec suppuration abondante. Le 31 décembre, amputation au tiers supérieur de la jambe, ligatures avec le catgut, puis suture avec des fils d'argent ; drainage, pansement de Lister. Pas le moindre malaise ; langue humide, appétit conservé, la température atteint comme maximum 37°,8. — Le 6 janvier, les lambeaux sont réunis[1].

La réunion immédiate n'est nullement empêchée par l'inflammation locale, lorsque celle-ci reste dans certaines limites. On observe alors un léger mouvement fébrile. Nous avons vu plusieurs de ces faits à la suite du pansement de Lister. Dans ce pansement, la surface saignante un peu irritée par l'acide phénique fournit un

1. Cette observation a été publiée déjà *in extenso* dans mes *Mémoires de chirurgie*, t. II, p. 398.

écoulement séreux abondant qui s'échappe par les tubes à drainage. Si ces tubes se bouchent, ou si leurs parois ne sont pas suffisamment résistantes pour en maintenir béante la lumière, la sérosité retenue produit bientôt du gonflement, de la rougeur, et enfin une élévation de température. Il suffit d'ordinaire de réintroduire un drain plus fort entre deux points de suture pour voir aussitôt l'inflammation locale tomber et la fièvre disparaître.

Lorsque la plaie ne se réunit pas par première intention, il y a formation d'une couche de bourgeons charnus et suppuration. Ces plaies engendrent le mouvement fébrile décrit comme le type de la fièvre traumatique, et qui se manifeste par du malaise, de la lassitude, avec face vultueuse, céphalalgie, élévation de température, constipation, état saburral, inappétence; symptômes qui n'ont rien de caractéristique ni de pathognomonique, et qui se retrouvent dans bien des affections différentes, inflammation locale, embarras gastrique, fièvre synoque, etc.

Comme il serait impossible de distinguer à leur aide la fièvre traumatique véritable de la fièvre inflammatoire, il est nécessaire d'examiner l'état local pour porter le diagnostic. Les symptômes peuvent varier un peu et le tracé offrir quelques irrégularités, mais cela n'a qu'une médiocre importance; dès qu'on voit chez un blessé apparaître une fièvre qui n'est expliquée par aucune complication, et qui cesse au bout de quelques jours, on est forcé d'admettre par exclusion une fièvre traumatique.

Cette fièvre dégagée de toute complication n'est pas très fréquente; le plus souvent elle s'associe à une inflammation de voisinage, et c'est précisément à cause de cette association fréquente que la question est restée si obscure jusqu'ici. L'observation suivante est un exemple absolument net de fièvre traumatique primitive.

Obs. XV. — *Sarcome du bras; ablation; fièvre traumatique régulière.*

Coeffé, vingt-six ans, garçon boucher; sarcome gros comme le poing à la partie postéro-externe de l'extrémité supérieure du bras gauche, un peu au-dessous du moignon de l'épaule. — Ablation avec le bistouri le 2 février 1876; plaie large comme la paume de la main. Pansement avec charpie imbibée d'eau phéniquée. — Le soir le malade va très bien, il a de l'appétit; — les jours suivants, état général excellent, pas de douleurs, de céphalalgie, ni de frissons, langue humide, appétit. Le 3 février au soir, légère élévation de température. — Le 6, plaie rosée, bords souples, sans trace d'inflamma-

tion. Le 14, la plaie est couverte de bourgeons charnus du meilleur aspect et la cicatrisation s'accomplit sans incident.

	Matin.	Soir.
1er février	37°,3	37°,8
2 »	37 ,2 Opération.	37 ,4
3 »	37 ,2	38 ,7
4 »	37 ,4	38 ,5
5 »	37 ,4	37 ,9
6 »	37	37 ,4
7 »	37	37 ,8
8 »	36 ,9	37 ,8
9 »	36 ,9	37 ,8
10 »	36 ,9	37 ,5
11 »	36 ,8	37 ,4
12 »	36 ,8	37 ,4

Il est impossible de voir une opération sanglante suivie de symptômes plus bénins : le tracé cependant indique qu'il y a eu de la fièvre, que l'examen de la plaie ne permet de rattacher à aucune complication locale. C'est donc une fièvre traumatique, bien que nous n'ayons constaté ni « céphalagie, ni lassitude, ni inappétence, etc. » Nous ferons remarquer, c'est un point capital, que la température ne s'est élevée que le soir du deuxième jour, c'est-à-dire à peu près trente heures après.

En effet on peut poser la règle générale suivante :

En cas de blessure par instrument tranchant portant sur des tissus sains et chez un individu sain, la fièvre traumatique ne débute que vingt-quatre heures au plus tôt après le traumatisme, suit une marche décroissante rapide, et le plus souvent est terminée quatre à cinq jours après son début. — Pour les plaies consécutives à l'action du thermo-cautère, il est difficile d'être aussi affirmatif ; cependant la fièvre paraît débuter un peu plus tôt que dans les plaies par instrument tranchant, et la période de déclin semble beaucoup plus prolongée.

La fièvre consécutive à la blessure des tissus sains débute le second jour : telle est la loi générale. Parlons maintenant des cas qui semblent faire exception.

Il est habituel de voir à la suite des plaies contuses la fièvre débuter assez rapidement, mais il y a là un état complexe dans lequel interviennent plusieurs facteurs. Dans ces cas, en effet, il survient rapidement des phénomènes inflammatoires locaux parfois suffisants pour expliquer l'élévation de la température, mais qui, d'autres fois, il est vrai, ne sont pas en rapport avec l'intensité de la

fièvre. La fièvre consécutive aux plaies contuses est le plus souvent une fièvre mixte, dans laquelle entrent en proportions variables l'élément traumatisme et l'élément inflammation. Les observations suivantes montrent combien ces faits sont compliqués.

Obs. XVI. — *Morsure de cheval; fièvre débutant le soir; formation d'un abcès.*

Monin, trente-quatre ans, charretier; le 8 avril 1876, à 7 heures du matin, morsure de cheval à la main droite; pas d'hémorrhagie abondante, mais douleur très vive et persistante. Deux heures après l'accident, la température est à 37°. Sur la face dorsale de la main, un peu au-dessus des articulations métacarpo-phalangiennes des trois derniers doigts, plaie demi-circulaire à fond et à bords mâchés; sur la face palmaire, plaie analogue, mais plus profonde, au-dessus de la base des trois derniers doigts. Irrigation continue.

Les jours suivants, douleur très vive, petits frissonnements; pas de céphalalgie, un peu d'inappétence; température élevée; pas de gonflement notable à la main, et cependant le 15 avril la pression fait sortir par la plaie dorsale plus d'une cuillerée de pus. Cet écoulement a persisté longtemps. Le 2 mai, on substitue le pansement ouaté à l'irrigation; le 23, cicatrisation à peu près complète.

	Matin.	Soir.
8 avril	37° Morsure à 7 heures matin.	38°,7
9 »	38 ,2	38 ,8
10 »	37 ,5	38 ,8
11 »	37 ,8	38 ,2
12 »	38 ,1	39 ,1
13 »	36 ,9	37 ,4
14 »	36 ,2	38
15 »	36 ,9	37 ,8
16 »	36 ,7	37 ,2
17 »	36 ,5	38 ,2
18 »	36 ,9	37 ,5
19 »	36 ,2	36 ,9
20 »	36	37 ,7

Température s'élevant, non pas immédiatement, mais dans les neuf à dix premières heures, élancements douloureux dans la plaie avec frissonnements apparaissant dès le lendemain, et au bout de sept jours, issue de pus : tels sont les faits saillants de l'observation. Notons, en outre, que, si l'on a fait l'irrigation continue dès le premier jour, l'eau ne pouvait baigner la plaie palmaire qui était très profonde. Voici une seconde observation analogue.

Obs. XVII. — *Plaie contuse du doigt ; fièvre débutant le soir.*

X***, dix-neuf ans, cisailleur. Le 1er avril 1876, après-midi, une cisaille à vapeur a écrasé la base du petit doigt gauche, qui ne tient plus que par un peu de peau. Pansement ouaté. Le soir, la température est à 38°. — Les jours suivants, élancements douloureux dans la paume de la main, pas de frisson ni de céphalalgie ; le 7, on enlève le pansement. Petite quantité de pus ; pansement phéniqué, guérison.

	Matin.	Soir.
1er avril	Plaie à 3 heures 1/2.	38°,2
2 »	37°,8	38 ,2
3 »	38	38 ,7
4 »	37 ,4	38 ,4
5 »	37	37 ,9
6 »	37 ,6	38 ,4
7 »	37 ,3	38 ,5
8 »	37	38
9 »	36 ,8	37 ,7
10 »	37	37 ,8
11 »	36 ,8	37 ,5

Les plaies contuses de la face et du cuir chevelu affectent la même marche que celle des membres.

Obs. XVIII. — *Plaie contuse de la face : fièvre débutant quelques heures après.*

Delore (Jean), vingt-quatre ans, charbonnier, étant complètement ivre, tombe de sa voiture sur le pavé ; on l'apporte dans le service de M. Verneuil, à 10 heures du soir. Plaie contuse de la région sourcilière : température à 36°, 2. — Le lendemain matin, 5 avril, dix heures après l'accident, température à 38°, 2 ; le côté droit de sa face est notablement gonflé et tendu. Le 7, le malade veut sortir, de sorte que je ne puis donner qu'un tracé incomplet.

	Matin.	Soir.
4 avril	Trauma à 10 heures soir.	36°,1
5 »	38°,4	38 ,4
6 »	37	38 ,1
7 »	36 ,9	37 ,0

Nous pouvons formuler ainsi les résultats constatés :

Dans les plaies contuses des tissus sains, la fièvre primitive survient non pas immédiatement, mais assez rapidement (soit dans les dix

premières heures); sa période de déclin est beaucoup plus longue que pour les plaies faites avec le bistouri. En même temps, il survient dans la région blessée des phénomènes inflammatoires parfois difficiles à constater quand la plaie est profonde, comme à la paume de la main, très faciles au contraire à voir, quand la plaie est superficielle, comme à la face ou au front, en tout cas, se traduisant presque constamment par des douleurs et par de légers frissons.

A la suite d'un traumatisme portant sur des tissus sains, on peut voir la fièvre débuter plus rapidement encore. L'élévation de température apparaît une heure ou deux après l'opération. Ces fièvres subites peuvent s'expliquer par l'inoculation d'une substance septique, inoculation dont le mécanisme est parfois très simple : on a pratiqué une opération sur la bouche, et la plaie est alors baignée par une salive plus ou moins altérée; ou bien on opère une tumeur renfermant des foyers enflammés, l'un de ces foyers est ouvert, et son contenu se répand sur la plaie. L'inoculation est parfois très difficile à découvrir; en voici deux exemples fort intéressants.

Obs. XIX. — *Ablation d'un cancer du sein; fièvre immédiate par inoculation.*

P***, trente-quatre ans, présente un squirrhe du sein gauche datant de deux ans, et ayant actuellement le volume d'un gros œuf de dinde. — Le 15 novembre 1876, ablation avec le bistouri, ligatures au catgut, pansement phéniqué. — Le soir, face vultueuse, céphalalgie très vive, pouls à 100; température à 38°,5. — Cela étant tout à fait anormal, je m'informe et trouve l'explication suivante : immédiatement avant d'opérer la malade, on a pratiqué des débridements de fistules osseuses symptomatiques d'une carie du sternum; un des élèves du service, qui épongeait la plaie lors de cette première opération, a également servi d'aide dans la seconde, mais entre les deux il a oublié de se laver les mains. — L'état fébrile cesse au bout de quatre ou cinq jours.

	Matin.	Soir.
13 novembre		37°,7
14 »	37°,3	37 ,4
15 »	37 ,1	38 ,5
16 »	38	38 ,3
17 »	37 ,9	38
18 »	37 ,7	38 ,3
19 »	37 ,5	38, 4
20 »	37 ,4	37, 5

	Matin	Soir.
21 novembre	37°,8	37°,8
22 »	37 ,8	37 ,9
23 »	37 ,6	37

Les substances septiques ainsi susceptibles d'être inoculées peuvent venir de plusieurs sources; des mains du chirurgien qui a fait une autopsie ou touché une autre plaie, d'un instrument mal nettoyé, d'une pièce de pansement qui a traîné dans les salles; enfin, elles peuvent être fournies par le malade lui-même. L'observation suivante semble prouver que la substance septique n'est pas nécessairement portée dans la plaie par un corps solide, et qu'elle peut être transportée par l'air.

Obs. XX. — *Ablation d'une tumeur de la parotide. Émanations putrides dans l'amphithéâtre. Fièvre immédiate.*

Une femme d'une trentaine d'années entre en décembre 1876, dans le service de M. Verneuil. Elle porte depuis longtemps une tumeur adénoïde de la parotide gauche, ayant environ le volume d'une mandarine. Le 13 décembre, ablation de la tumeur avec le bistouri, mais l'opération a lieu dans un amphithéâtre où a séjourné pendant l'heure précédente une pièce anatomique horriblement infecte. — Pansement phéniqué. — Le soir de l'opération, la température monte de près de deux degrés, la malade a de la céphalalgie, elle est un peu agitée. Le lendemain soir la fièvre tombe.

	Matin.	Soir.
12 décembre		37°,4
13 »	37° Opération.	38 ,8
14 »	38 ,7	37 ,5
15 »	37 ,5	37 ,7
16 »	37 ,4	37 ,4
17 »	37 ,4	37 ,8
18 »	37 ,7	37 ,2
19 »	37 ,1	37 ,6
20 »	37 ,6	37 ,4

Dans ce cas il est nécessaire de faire intervenir la plaie comme porte d'entrée, car si la voie pulmonaire avait suffi, tous les assistants ou au moins quelques-uns d'entre eux auraient dû éprouver les mêmes accidents, ce qui n'a pas eu lieu.

Nous devons aussi parler d'une complication fébrile redoutable qui débute le premier jour et amène rapidement des accidents graves pour se terminer par la mort. Il s'agit de la septicémie suraiguë,

dont nous n'avons pas à faire la description ici. Nous avons observé trois cas de ce genre, consécutifs à l'ablation de tumeurs du sein. Y a-t-il là une influence du milieu hospitalier, ou de la constitution du sujet, nous ne saurions le dire; cependant le début de la fièvre le soir même de l'opération, les accidents graves qui surviennent de suite, comme dans une injection putride expérimentale, nous font pencher vers l'hypothèse d'une inoculation. Malheureusement ces trois faits se sont présentés à une époque où nous ne connaissions pas encore la fièvre d'inoculation, et nous n'avons pas cherché de ce côté l'explication de la septicémie aiguë.

En résumé, une plaie nette, faite par le bistouri dans des tissus sains, donne lieu à une fièvre primitive débutant vingt-quatre heures au moins après le traumatisme. En cas de plaie contuse ou produite par le thermo-cautère, la fièvre débutera plus tôt. Enfin si, dès les premières heures qui suivent la blessure, on voit la température s'élever, on peut affirmer qu'il existe une complication, inflammation, inoculation de substances septiques ou développement d'une septicémie aiguë.

La période de déclin offre aussi des variétés, mais ce point est plus difficile, car il est nécessaire de prendre des cas simples sans complication secondaire. Ainsi nous avons reconnu que la fièvre primitive offre une période de déclin assez courte dans la plaie au bistouri, et assez longue au contraire dans les plaies contuses ou faites par le thermo-cautère.

La théorie septicémique explique tous ces faits. Avec elle tout devient clair.

Voici une plaie nette, pratiquée sur des tissus sains, la fièvre ne survient qu'au bout de vingt-quatre heures, c'est-à-dire après un temps suffisant pour que les éléments anatomiques aient pu s'altérer au contact de l'air. Que ces mêmes éléments anatomiques, au lieu d'être simplement séparés par l'agent vulnérant, soient broyés et mortifiés, la fièvre apparaîtra au bout de quelques heures seulement; enfin s'il existe une substance septique là où porte le trauma, on pourra constater l'élévation de la température quelques instants après.

Les différences de la période de déclin s'expliquent aussi aisément. Dans une plaie faite par le bistouri, la couche très mince de tissus mortifiés exige peu de temps pour être éliminée. Au contraire, dans les plaies contuses, et surtout dans les plaies au thermo-cautère, cette couche mortifiée est beaucoup plus épaisse et son élimination de plus longue durée; elle reste longtemps en contact avec la

surface de la plaie, de là une plus grande durée de la fièvre.

Il semble, en présence de ces faits, bien difficile de ne pas admettre la théorie septicémique, ne fût-ce que comme une hypothèse commode.

LÉSIONS INTERSTITIELLES

La lésion interstitielle est située entre les téguments et les cavités viscérales, avec intégrité complète de la peau et des séreuses ou muqueuses qui revêtent ces cavités. Jusqu'ici on pensait que ces lésions restaient apyrétiques, au moins dans l'immense majorité des cas; M. Lucas-Championnière avait bien émis quelques doutes à cet égard, mais sans donner aucun fait à l'appui. M. Famechon cite sept cas de fractures sous-cutanées suivies de fièvre et il en conclut un peu vite peut-être que : « Les plaies sous-cutanées donnent lieu à une fièvre traumatique simple[1]. » Voici le résultat de nos observations.

Nous avons pris la température de plusieurs malades atteints de violentes contusions des membres, avec vastes épanchements sanguins sous-cutanés et intra-musculaires, mais sans trace de lésion cutanée. Dans ces cas, qui suivirent une marche fort simple, l'apyrexie fut complète et la température ne dépassa pas 37°,6. Il n'y avait d'ailleurs aucune autre lésion concomitante, ni entorse ni épanchement articulaire; il est important d'insister sur ce point, sans quoi on regarderait une contusion sous-cutanée comme cause d'un mouvement fébrile dû en réalité à une arthrite traumatique.

Obs. XXI. — *Contusion de la cuisse avec épanchement sanguin; apyrexie.*

Humbert, vingt-sept ans, camionneur, entré le 4 avril 1876, service de M. Verneuil. La veille au soir, il a reçu sur la cuisse droite le timon d'un tombereau chargé de 6000 kilogrammes; moitié inférieure de la cuisse droite déformée et distendue par un épanchement profond, pression douloureuse en ce point. Ni ecchymose, ni hydarthrose. Les jours suivants, quelques picotements dans la cuisse, mais pas de douleurs véritables; la température oscille de

1. Famechon, *Contribution à l'étude de la courbe thermoscopique de quelques fièvres traumatiques*, Thèse de doct., Paris, 1876.

36°,8 à 37°,6; quelques jours après, Humbert sort de l'hôpital marchant parfaitement.

Nous ne dirons rien des fractures de côtes ni des fractures de crâne, qu'on ne peut considérer comme des lésions interstitielles, mais nous parlerons des fractures des membres. Au début de nos recherches, nous fûmes étonné de trouver une élévation de température notable dans des cas de fractures simples, du moins en apparence ; mais plus tard nous pûmes constater que souvent la fièvre est absolument nulle.

Ces résultats étant contraires à ce que nous savions de la fièvre dans les lésions sous-cutanées, nous examinâmes de plus près nos malades, et pûmes nous convaincre que si une fracture simple peut produire un mouvement fébrile, celui-ci est explicable par une complication peu apparente ou par une lésion concomitante; ce qui revient à dire qu'une fracture est compliquée plus souvent qu'on ne le croit, et que là, comme pour les autres blessures, il faut faire une critique sévère des observations pour savoir en réalité d'où vient le mouvement fébrile.

Déjà, dans l'observation XIII, chez un homme ayant une fracture de cuisse, avec mouvement fébrile intense et frissons, teinte subictérique, etc.; les symptômes généraux nous firent déclarer qu'il n'y avait pas de fièvre traumatique, mais bien une complication cachée. Dans les observations suivantes, ces complications sont parfaitement nettes.

Obs. XXII. — *Fracture de l'humérus; fièvre assez vive, douleur hépatique, cystite.*

Muller, vingt-trois ans, brasseur, entré le 27 janvier 1876, service de M. Verneuil. Ce jeune homme, habituellement bien portant, est tombé la veille au soir dans une cave d'une hauteur de 15 mètres; le coude droit a porté sur le sol; fracture très simple et presque sans déplacement de la partie moyenne de l'humérus droit; le membre est placé dans une gouttière. — Le premier jour, le malade n'urinant pas, on est obligé de le sonder. — 1er février. La température s'élève, pas de céphalalgie. — 2 février. Température du soir, 39°,3; épistaxis, légère douleur à la pression au niveau du foie, eau de Sedlitz. — 3 février. L'urine renferme un dépôt blanc très abondant, d'aspect purulent; langue humide, nausées. — 7 février. La fièvre tombe peu à peu, et le 16 février, après une nouvelle poussée légère, elle cesse complètement; le 22 février, le malade est guéri.

	Matin.	Soir.
28 janvier	Trauma.	37°,7
29 »	37°,5	38 ,3
30 »	37 ,4	38
31 »	37 ,5	37 ,9
1er février	37 ,6	38 ,8
2 »	38	39 ,3
3 »	37 ,8	38 ,3
4 »	38	38 ,6
5 »	37 ,8	38 ,7
6 »	37 ,7	38 ,3
7 »	37 ,4	37 ,9
8 »	37 ,4	38 ,2
9 »	37 ,4	38 ,2
10 »	38	38 ,5
11 »	37 ,6	38 ,2
12 »	37 ,6	38 ,7
13 »	37 ,6	38 ,2
14 »	37 ,8	38 ,2
15 »	37 ,3	37 ,8

La marche des symptômes aurait pu faire croire à une fièvre typhoïde commençante; mais la douleur au niveau du foie, la rétention d'urine, l'apparition de pus dans ce liquide semblent plutôt indiquer qu'il y a eu là contusion d'un des viscères abdominaux lors de la chute ; la guérison rapide plaide encore en faveur de cette interprétation. En tout cas la fièvre était certainement due à autre chose qu'à la fracture.

Les observations qui suivent ont trait à des faits moins exceptionnels; le traumatisme porte uniquement sur le segment de membre qui est fracturé ; aussi, dans ces cas, nous ne verrons qu'une fièvre légère.

Obs. XXIII. — *Fracture d'un condyle du fémur. Hydarthrose. Légère fièvre à période de déclin prolongée.*

Dubois, cinquante ans, chapelier, entré le 30 octobre 1876, service de M. Verneuil. La veille au soir, le malade tomba sur le genou droit, et ne put se relever. — Le lendemain à la visite, genou gonflé et distendu par une quantité considérable de liquide, le condyle externe du fémur est complètement détaché. Immobilisation.

Les jours suivants, état général excellent, mais on constate à l'aide du thermomètre un léger état fébrile qui va diminuant peu à peu. — Le 15 décembre, on retire l'appareil, la consolidation est parfaite, mais il existe une grande raideur de l'articulation.

	Matin.	Soir.
30 octobre		38°,1
31 »	37°,8	38 ,1
1er novembre	38	37 ,8
2 »	37 ,9	38 ,1
3 »	37 ,5	38 ,1
4 »	37 ,7	38 ,1
5 »	37 ,6	37 ,7
6 »	37 ,5	37 ,9
7 »	37 ,6	37 ,6
8 »	37	37 ,7
9 »	37 ,7	37 ,8
10 »	37 ,5	37 ,6

Il y a eu ici blessure de la synoviale, avec léger degré d'arthrite qui s'est manifestée de suite par de l'hydarthrose, et plus tard par la raideur articulaire; nous pensons que cette petite complication est bien suffisante pour expliquer le léger mouvement fébrile. Lorsque la contusion de la synoviale est plus violente, la température s'élève un peu plus, mais la fièvre suit la même marche et reconnaît évidemment la même cause, c'est-à-dire l'arthrite.

Obs. XXIV. — *Fracture du col du fémur. Fièvre notable.*

Granjon, trente-neuf ans, charretier, entré le 17 octobre 1876, service de M. Verneuil, est tombé de sa voiture à trois heures de l'après-midi et n'a pu se relever. Lors de l'entrée on constate les signes d'une fracture du col du fémur gauche : impuissance du membre, pied reposant sur son bord externe, raccourcissement de 3 centimètres, douleur vive à la pression à l'aine et sur le grand trochanter. Double plan incliné. Les jours suivants, le malade est pris d'un mouvement fébrile très marqué qui diminue peu à peu, et cesse complètement quinze jours après l'accident.

	Matin.	Soir.
17 octobre		37°,7
18 »	38°,5	38 ,5
19 »	38	38 ,6
20 »	37 ,9	38 ,4
21 »	37 ,7	38 ,7
22 »	37 ,7	38 ,3
23 »	37 ,8	38
24 »	37 ,6	38 ,1
25 »	37 ,6	38 ,1
26 »	37 ,6	38 ,1
27 »	37 ,6	37 ,8
28 »	37 ,6	37 ,9
29 »	37 ,2	37 ,8

Voilà une première série de faits dans lesquels la fièvre paraît due bien évidemment à l'arthrite de voisinage ; suivant que la contusion de la synoviale sera plus ou moins violente, l'intensité de cette arthrite et partant de l'état fébrile sera plus ou moins grande. La fièvre reconnaît ici la même cause que dans les fractures simples du crâne; dans ces deux cas, en effet, les tracés thermométriques présentent une ressemblance frappante.

« De toutes les fractures, dit M. Gosselin, celle du col du fémur est celle qui m'a paru donner lieu pendant les premiers jours à l'état fébrile le plus prononcé ; cette fièvre se borne le plus souvent à quelques jours de malaise[1]. » Quelques pages plus loin, M. Gosselin, à propos des fractures de l'extrémité inférieure du fémur, parle de l'arthrite de voisinage, d'autant plus intense que le foyer de la fracture est plus près de l'articulation du genou. En rapprochant ces deux passages, il semble manifeste que si une fracture de l'extrémité inférieure du fémur, ne communiquant pas avec l'articulation, peut donner lieu à une arthrite intense, il en sera de même à plus forte raison pour une fracture du col du fémur, qui est le plus souvent intra-articulaire.

Dans une autre série de faits, la fièvre consécutive aux fractures simples se présente sous une forme différente. L'arthrite est nulle ou très légère, la température est redevenue normale, mais, le quatrième ou le cinquième jour après l'accident, apparaît un petit mouvement fébrile régulier, appréciable seulement au thermomètre. En voici deux exemples.

Obs. XXV. — *Fracture du péroné avec entorse, fébricule débutant le cinquième jour.*

Leroy, trente-trois ans, garçon de magasin, entré le 12 novembre 1876, service de M. Verneuil. — La veille il fait un faux pas, tombe, veut se relever, mais s'aperçoit qu'il a la jambe cassée. — On constate une fracture du péroné à 5 à 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole, avec arrachement des ligaments latéraux internes de l'articulation tibio-tarsienne. — Immobilisation. — Les jours suivants aucune douleur, aucun trouble de l'état général mais le cinquième jour la température s'élève un peu.

1. Gosselin, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, 1re édit., t. I, 1873, p. 358.

	Matin.	Soir.
12 novembre		37°,9
13 »	37°,5	37 ,9
14 »	37 ,4	37 ,8
15 »	37 ,3	37 ,5
16 »	37	37 ,6
17 »	37 ,2	38 ,1
18 »	37 ,5	37 ,9
19 »	37 ,3	37 ,7
20 »	37	37 ,4
21 »	37	37

Obs. XXVI. — *Fracture du péroné; entorse tibio-tarsienne avec gonflement; fièvre légère immédiate avec exacerbation le cinquième jour.*

Dupart, quarante-sept ans, tailleur de pierre, entré le 15 mars 1876, service de M. Verneuil. A deux heures de l'après-midi il reçoit un moellon sur la partie inférieure de la jambe gauche. Le soir, gonflement très marqué avec déformation de l'articulation, pied porté en dehors, malléole interne saillante sous la peau, mais sans fracture; péroné fracturé à 10 centimètres au-dessus du sommet de la malléole externe; douleur assez vive à la pression au niveau du ligament tibio-péronier antérieur. Pas de plaie. En résumé, fracture du péroné avec entorse violente des articulations tibio-tarsienne et tibio-péronière. Immobilisation. — Les jours suivants, la température monte légèrement, maximum à 38°,2; gonflement très prononcé autour de l'articulation tibio-tarsienne, douleurs assez vives à ce niveau. Puis tout cesse et le malade va à Vincennes le 25 avril.

	Matin.	Soir.
15 mars	Trauma à 2 heures.	38°,2
16 »	37°,6	38
17 »	37 ,2	37 ,8
18 »	36 ,8	37 ,4
19 »	36 ,6	37 ,5
20 »	37 ,1	37 ,8
21 »	37	38 ,1
22 »	37 ,4	37 ,7
23 »	36 ,8	37 ,7
24 »	37	37 ,4
25 »	37 ,1	37 ,5
26 »	37	37 ,3

Cette fièvre légère, débutant le cinquième jour sans complication étrangère, semble être la manifestation d'un travail inflammatoire siégeant dans le foyer même de la fracture. Mais nos observations

sont trop peu nombreuses pour nous permettre d'être très affirmatif.

En résumé, la fièvre légère qui peut suivre une fracture simple, reconnaissant pour cause une inflammation locale dans le foyer de la fracture ou dans une articulation voisine, est une fièvre inflammatoire, et non pas la fièvre traumatique.

Il y a encore cependant, d'après M. Gosselin, une véritable fièvre septicémique après les fractures en V de l'extrémité inférieure du tibia; mais la température n'a pas été prise dans ces cas, que nous n'avons pas eu l'occasion d'observer. La thermométrie pourrait seule jeter quelque jour sur le mécanisme des accidents infectieux que l'on voit parfois éclater dans ces cas [1].

Les fractures compliquées rentrent dans le chapitre des lésions exposées.

FIÈVRE PRIMITIVE SUCCÉDANT AU TRAUMATISME DES TISSUS ALTÉRÉS

Dans les plaies simples des tissus sains, la fièvre traumatique, avons-nous dit, n'apparaît jamais avant le second jour qui suit le traumatisme.

Il en est autrement à la suite de la blessure des tissus malades, et par ce mot nous entendons non pas les néoplasmes, mais bien les tissus altérés par gangrène, inflammation chronique ou contact avec un liquide anormal, pus, urine impure, sérosité inflammatoire, etc. Lorsqu'un pareil tissu vient à être blessé par instrument tranchant, la température s'élève immédiatement; le début brusque de la fièvre dans ces cas est un fait banal ne laissant pas le moindre doute.

1. Mon honorable collègue a tracé jadis un tableau très sombre de cette variété de fracture, mais il est certainement tombé dans une grande exagération. Les fractures en V du tibia sont fort communes, et ne sont pas plus graves que les autres, quand elles ne se compliquent pas de perforation de la peau, quand elles sont bien contenues et que les sujets blessés ne sont pas alcooliques.

Le fameux poison médullaire reste à démontrer. J'ai vu maintes fois les fractures en question évoluer absolument comme les autres, sans provoquer ni fièvre ni accidents quelconques; elles pourraient d'ailleurs développer aisément un léger mouvement fébrile, puisque dans un grand nombre de cas la fissure osseuse se prolonge jusque dans l'articulation tibio-tarsienne. C'est probablement à l'inflammation de cette articulation, survenant quelques jours après la fracture, qu'est due la fébricule tardive signalée par M. Maunoury dans les deux précédentes observations. — A. V. 1884.

Obs. XXVII. — *Fistules osseuses; débridement suivi de cautérisation; fièvre immédiate.*

Draguet, trente-quatre ans, entrée le 18 janvier 1876, service de M. Verneuil. A la partie supérieure et interne de la cuisse droite, deux fistules symptomatiques d'une nécrose de l'ischion, avec écoulement sanieux.

29 janvier, dix heures du matin, température 37°,9. Chloroformisation. On introduit par chaque fistule une sonde cannelée, puis une chaîne d'écraseur qui divise tous les tissus intermédiaires. Le doigt tombe alors dans un foyer à parois fongueuses au fond duquel on sent à nu la face externe de l'ischion ; on la rugine et on promène un fer rouge sur les parois du foyer. — A deux heures de l'après-midi, température 40°,2. Pendant la journée, quelques petites douleurs dans la plaie ; le soir, légère agitation, face vultueuse, langue blanche, inappétence, soif vive, quelques nausées. Pouls à 152, ni céphalalgie ni frissons ; les ganglions lymphatiques de l'aine sont indolents.

30 janvier. La malade a dormi, elle est beaucoup mieux qu'hier soir, les douleurs de la plaie ont cessé. Le soir, retour de l'état fébrile, courbature, pas de frissons. Les jours suivants, la température baisse rapidement, et l'état général redevient excellent ; la malade n'a jamais eu ni frisson ni céphalalgie, les ganglions ont toujours été indolents.

	Matin.	Soir.
29 janvier	Opération à 10 h. 1/2.	40°,2
30 »	38°,7	39 ,6
31 »	38 ,6	38 ,9
1er février	38 ,4	39
2 »	38 ,5	38 ,8
3 »	38 ,3	38 ,5
4 »	38 ,3	38 ,4
5 »	37 ,9	37 ,7
6 »	37 ,8	37 ,5
7 »	37 ,9	

Nous avons donné cette observation avec quelques détails, car elle nous paraît d'une importance capitale pour ce que nous voulons démontrer. On n'a malheureusement pris la température que trois heures et demie après l'opération, mais le thermomètre marquant alors deux degrés et demi de plus qu'avant elle, il est évident que l'élévation thermique a débuté très rapidement. Il est nécessaire en pareil cas de prendre la température plusieurs fois dans la journée,

car à sept heures et demie du soir elle était déjà moindre que dans l'après-midi. Nous avons insisté sur l'absence de frissons, de céphalalgie, d'engorgement ganglionnaire, car souvent cette fièvre subite simule l'érysipèle soudain, qui peut aussi éclater à la suite des blessures des foyers pathologiques. Outre ces symptômes on trouve dans la marche de la température un autre élément de diagnostic; car, tandis que dans la fièvre due au traumatisme on a des rémissions très marquées le matin; dans l'érysipèle, au contraire, l'ascension se fait d'une manière continue, comme on peut le voir dans l'observation suivante.

Obs. XXVIII. — *Résection de métatarsiens nécrosés; érysipèle soudain.*

Paillard, vingt-sept ans, charretier, entré en janvier 1876, service de M. Verneuil, porte au pied droit des fistules conduisant sur une nécrose du troisième et du quatrième métatarsiens.

10 février. Avant l'opération, température 36°,4. On enlève les deux métatarsiens malades; pansement à la charpie phéniquée. Dans la journée, douleur vive dans le pied; le soir, température 38°. Le lendemain matin 38°7, et 39° le soir. Le 12 février, 39°,5 le matin et 41° le soir; mais alors, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'opération, on constate l'existence d'un érysipèle remontant jusqu'à la partie moyenne de la jambe avec ganglions inguinaux gros et douloureux; grand frisson ce jour-là.

L'observation XXVII a fait voir comment la fièvre débute dans les blessures de foyers malades; à la vérité un élément étranger, la cautérisation au fer rouge, est intervenu. Si cette circonstance a été sans influence sur le début de la fièvre, il n'en est plus de même pour la marche de cette dernière.

Obs. XXIX. — *Nécrose du maxillaire inférieur; ablation de séquestres; fièvre immédiate.*

Gargasson, trente et un ans, terrassier, entré le 3 janvier 1876, service de M. Verneuil. Nécrose très étendue du maxillaire inférieur, avec fistules multiples du côté des téguments et de la cavité buccale; teinte jaune cachectique de la face, état fébrile continu. La température étant retombée à peu près à la normale, on procède, le 24 janvier, à l'ablation de trois gros séquestres représentant plus de la moitié antérieure du corps du maxillaire; drains pour faire les in-

jections désinfectantes. Le même soir, la température saute de 37°,2 à 39°,4. Les jours suivants, symptômes d'une septicémie aiguë. Vers le commencement de février, l'état s'améliore, et à la fin de ce mois le malade sort presque complétement guéri.

	Matin.	Soir.
21 janvier		39°,4
22 »	39°,2	39 ,6
23 »	37 ,6	38
24 »	37 ,2 Opération.	39,4
25 »	38 ,5	39 ,2
26 »	38 ,7	40
27 »	38	40 ,2
28 »	38 ,8	41 ,2
29 »	38 ,5	41 ,8
30 »	36 ,5	37 ,4
31 »	37 ,6	37 ,8
1er février	38	39 ,4
2 »	37 ,6	40 ,2
3 »	37 ,8	38
4 »	37 ,6	38 ,4
5 »	37 ,7	38 ,4
6 »	37 ,4	37 ,8
7 »	37	37 ,6
8 »	37 ,4	37 ,4
9 »	37 ,2	

On objectera certainement que ces deux dernières observations ne prouvent pas le début subit de la fièvre primitive, puisque dans un cas il y avait érysipèle, et dans l'autre septicémie aiguë, complications capables à elles seules d'expliquer l'élévation de la température le soir même de l'opération. Cette objection est juste, et si nous n'avions que des observations semblables, il n'y aurait pas lieu de faire un chapitre spécial pour les blessures des tissus malades. Cependant nous ferons remarquer que si, dans la blessure des tissus sains, les diverses complications fébriles, érysipèle, septicémie, etc., ne surviennent qu'exceptionnellement le premier jour (si exceptionnellement que Billroth en fait des fièvres secondaires), dans les blessures des tissus malades, au contraire, il est extrêmement fréquent de les voir se déclarer de suite. Nous continuerons donc à dire que, dans ces dernières, la fièvre succède immédiatement au trauma; souvent une complication parfaitement déterminée permet de l'expliquer, mais, parfois, il est impossible de trouver dans la plaie ou dans les parties voisines la cause de l'état fébrile. On conçoit quel argument puissant cette apparition subite de la fièvre constitue en faveur de la théorie de l'inoculation septique.

Les partisans de la réaction objecteront peut-être que la susceptibilité des organismes est variable et que cette différence de susceptibilité peut rendre compte du début plus ou moins précoce de la fièvre. Nous répondons à cette objection, d'ailleurs vague et sans base, qu'il serait extraordinaire de voir prédisposés à la fièvre précoce précisément les sujets chez lesquels le traumatisme porte sur des tissus malades. Mais nous avons mieux qu'un argument à opposer à l'objection, car nous possédons l'observation suivante :

Obs. XXX. — *Ablation d'un cancer du sein : fièvre traumatique débutant le second jour ; spasmes traumatiques ; nécrotripsie faite au fond de la plaie, fièvre immédiate.*

Duval, soixante ans, cancer du sein gauche récidivé dans les ganglions. Ablation le 15 mars 1876 à l'aide du bistouri, des ciseaux, de l'écraseur ; plaie énorme, au fond de laquelle on voit à nu les nerfs du plexus brachial ; on a dû lier la veine axillaire qui s'enfonçait dans la tumeur. Pansement phéniqué. — Dans la journée, température stationnaire ; le lendemain soir seulement, ascension de 37°,6 à 39°,4, puis abaissement les jours suivants.

Le 26 mars, spasmes douloureux dans le membre supérieur droit ; la nuit suivante, un peu de trismus, les spasmes douloureux deviennent plus fréquents. M. Verneuil pratique, le 28, la distension du nerf musculo-cutané qui se distribue dans les muscles contracturés. Pour aller à sa recherche, incision verticale sur la paroi antérieure de l'aisselle dont la moitié inférieure porte sur la plaie de la première opération. La température, qui à dix heures était à 37°,2, à une heure, atteint 38°,3, et à six heures 40°,1. La malade qui, à la suite de sa première opération, avait eu une attaque de manie aiguë, est reprise d'un nouvel accès. — Érysipèle le 2 avril ; mort le 5.

	Matin.		Soir.
12 mars	36°,8		36°,8
13 »	37 ,4		37 ,3
14 »	36 ,6		37 ,4
15 »	37 ,6	Opér. dans des tissus sains.	37 ,6
16 »	37 ,4		39 ,4
17 »	38 ,2		38 ,9
18 »	37 ,6		38 ,6
19 »	38 ,2		37 ,8
20 »	37 ,4		37 ,2
21 »	37 ,2		38 ,4
22 »	37 ,4		38 ,6
23 »	36 ,8		38
24 »	37 ,4		38 ,3

	Matin.	Soir.
25 mars	37 ,5	36 ,7
26 »	36 ,4	37 ,7
27 »	38 ,1	
28 »	37 ,2 Opér. dans des tissus malades.	4 ,1
29 »	38 ,9	38 ,2
30 »	38 ,4	38 ,8
31 »	37 ,5	37 ,6
1er avril	38 ,7	38 ,8
2 »	39 Érysipèle.	39 ,6
3 »	38 ,6	39 ,6
4 »	39 ,4	37 ,7
5 »	39 ,2 Mort.	

Le tracé en dira beaucoup plus que le récit abrégé. Cette observation est très remarquable; car, tandis qu'une vaste plaie pratiquée dans des tissus sains n'a donné lieu qu'à une fièvre très modérée survenant le soir du second jour, il a suffi d'une très petite plaie intéressant du foyer pathologique pour produire en quelques heures une élévation de trois degrés. Et il est impossible d'invoquer ici l'inflammation comme dans les observations précédentes; la plaie sur laquelle le second trauma a porté avait très bel aspect, elle était recouverte d'une couche de bourgeons charnus rosés, et ne présentait pas trace d'inflammation sur ses bords.

On dira que la seconde opération a pu par elle-même donner lieu à une élévation brusque de la température, le nerf ayant subi une violence considérable qui, transmise aux centres nerveux, a pu amener une augmentation de chaleur. Cette explication emprunte une certaine valeur à l'expérience bien connue de Claude Bernard qui, enfonçant un clou dans le sabot d'un cheval, constate immédiatement l'ascension de la température. — Mais M. Verneuil, dans une seconde opération de névrotripsie chez un homme atteint de spasmes traumatiques du membre supérieur, à la suite d'un broiement des doigts, ayant écrasé le nerf médian et le nerf cubital, la température ne fut nullement influencée par les deux plaies pratiquées à cet effet dans les tissus sains de l'avant-bras.

L'observation précédente amène à parler d'un autre caractère de la fièvre consécutive à la blessure des foyers malades, c'est-à-dire la chute rapide de la température, survenant vers le deuxième ou le troisième jour. Il est assez difficile de savoir ce qui arrive plus tard,

1. Cette observation a été publiée avec plus de détails dans la thèse inaugurale de M. Duvault, *De la distension des nerfs comme moyen thérapeutique*, Paris, 1876, p. 68.

car dans presque tous nos faits il y a eu septicémie, gangrène, phlegmon, érysipèle, qui ont modifié la courbe de la fièvre primitive. Dans la seule observation où ces complications aient manqué, l'emploi du fer rouge a donné à la ligne de déclin de la courbe thermométrique la longue durée habituelle à la suite des plaies par cautérisation.

L'apparition subite de la fièvre après l'opération est un des caractères les plus frappants et les plus curieux de ces traumatismes des foyers malades. Billroth attira le premier l'attention sur ce point, et pour l'expliquer il invoqua, bien inutilement suivant nous, un état particulier des lymphatiques qui, dans les tissus chroniquement enflammés, seraient dilatés et resteraient béants lors de leur section.

Plus tard, M. Blum, alors interne de M. Verneuil, parla de nouveau de ces faits, et il regarda la fièvre survenant en pareil cas comme identique à celle qui suit les injections expérimentales de substances septiques. En somme, tout le monde est d'accord pour voir là une forme de fièvre très distincte du type ordinaire de la fièvre traumatique.

Il est évident que l'ascension de la température reconnaît alors pour cause une inoculation septique, et qu'un pareil mouvement fébrile doit être distrait de la fièvre traumatique primitive, au même titre que la fièvre consécutive aux piqûres anatomiques. Dans ces circonstances, le traumatisme n'a qu'un rôle très accessoire; l'élévation de la température étant sous la dépendance presque exclusive de l'état du foyer malade et de la nature du liquide que baigne ce foyer, il devient alors aisé de comprendre l'intensité essentiellement variable de la fièvre, celle-ci ne tenant ni à la violence du traumatisme, ni à une susceptibilité différente des individus, mais à la nature du foyer blessé. Les suites d'une inoculation diffèrent suivant que l'instrument a été trempé dans la sérosité d'un vésicatoire ou dans un liquide putride; de même la fièvre sera toute différente, si l'incision porte sur une plaie simple en bon état, ou sur une plaie anfractueuse baignée par du pus fétide.

L'observation XXVII paraît démontrer que nous ne pouvons éviter cette inoculation. En effet on avait opéré avec l'écraseur dans un foyer de suppuration, puis on avait cautérisé énergiquement les parois du foyer avec le fer rouge. Trois heures après, la température s'était élevée de deux degrés, mais le soir elle redescendait déjà. Dans ce cas, le seul où nous ayons vu l'ascension durer aussi peu, il est vraisemblable que la rémission si rapide a eu lieu précisément parce que les liquides putrides qui auraient pu être absorbés par la plaie avaient été détruits par le fer rouge, et que l'inoculation

s'est effectuée seulement pendant l'opération, qui dura à peu près une demi-heure. Notons en outre qu'il n'est survenu ici aucune des complications secondaires si fréquentes à la suite du traumatisme des foyers de suppuration. Nous pourrions citer encore d'autres faits non moins probants : débridements de fistules ostéopathiques et de fistules à l'anus pratiquées à l'aide du thermo-cautère, et ne s'étant accompagnés d'aucune élévation de température.

Guidé par la théorie de l'inoculation, nous croyons donc qu'il y aurait lieu de cautériser les foyers pathologiques avant d'y porter l'instrument tranchant, et de détruire ainsi les substances septiques avant d'ouvrir des voies à leur absorption. Nous ne pensons pas que la substitution du thermo-cautère au bistouri rende inutile cette opération préliminaire, car, si théoriquement la plaie produite par le thermo-cautère est une plaie cautérisée, on sait qu'en réalité cette plaie se rapproche trop des plaies faites avec le bistouri pour que l'absorption ne puisse s'y faire; il est donc plus prudent, même dans ces cas, de détruire préalablement les substances septiques susceptibles de la toucher. Cette précaution est d'ailleurs fort analogue à celle que prend Lister, lorsqu'il opère sur des plaies anciennes ou sur un point où existent des fistules ou des clapiers purulents; car, dans ces cas, après l'opération, il racle la surface suppurante, et ensuite agit directement sur elle avec une solution de chlorure de zinc.

Nous devrions parler de la marche de la température dans les incisions d'abcès, d'infiltration urineuse, etc., car, là aussi, il y a traumatisme de foyers pathologiques, mais alors la courbe thermométrique est loin d'être aussi simple que dans les faits précédents : elle est la résultante de plusieurs causes dont les unes tendent à élever la température, les autres à l'abaisser. Il serait intéressant d'étudier ces cas complexes, mais n'ayant ni le temps ni le pouvoir de le faire, nous voulons seulement signaler cette lacune [1].

ACTION DES PANSEMENTS SUR LA FIÈVRE PRIMITIVE DES BLESSÉS

Nous n'avons pas l'intention d'examiner l'action de chaque panse-

1. La lacune en question se trouve à peu près comblée par les renseignements renfermés dans le Mémoire de M. M. Jeannel (voir plus haut, p. 137) et dans les extraits des thèses de MM. Loison et Dehenne, ainsi que dans la thèse de Bouilly, qui trouveront place dans le présent volume.

ment en particulier sur la fièvre primitive des blessés; cependant, ayant parlé constamment de blessés et de plaies, sans insister sur l'influence du traitement employé, nous croyons utile de donner une idée générale de ce que le chirurgien peut faire contre la fièvre primitive des blessés. Nous choisirons comme exemples le pansement ouaté d'Alphonse Guérin, le pansement antiseptique de Lister et l'irrigation continue, ces trois pansements pouvant être considérés comme des types auxquels se rattachent tous les autres.

Si le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin est un des meilleurs pansements à opposer à l'infection purulente et à la septicémie grave, il ne possède qu'une action faible sur la fièvre primitive des blessés. On admet généralement qu'il diminue l'intensité de cette fièvre, mais cette atténuation est peu prononcée, et l'on peut voir dans la thèse de M. Conord, plusieurs observations dans lesquelles la température a dépassé 39° [1].

A quoi est due cette fièvre, quelle est sa signification et quel nom pouvons-nous lui donner? Voyons d'abord ce que nous indique la théorie.

Une plaie, faite par un instrument quelconque, est mise sous l'ouate. La surface saignante en rapport avec cette substance inerte va devenir le siège d'un sphacèle superficiel, comme toute plaie qui va suppurer; les éléments anatomiques de la surface, lésés par le traumatisme et sortis de leur milieu normal, se mortifient; il se forme là une mince couche de tissus gangrenés. Les pansements antiseptiques ont précisément pour but de désinfecter cette couche, et de rendre innocentes les substances septiques qui s'y forment; l'irrigation continue agit aussi sur ces tissus nécrosés, non plus en les empêchant de devenir septiques, mais en les entraînant aussitôt qu'ils se forment. Dans le pansement ouaté, au contraire, ces substances restent à la surface de la plaie sans subir aucune modification, et sans que rien s'oppose à ce qu'elles soient absorbées.

Les choses se passent-elles ainsi en réalité, et la fièvre n'est-elle jamais explicable par une complication locale? Il serait dangereux d'être trop affirmatif, car on ne peut surveiller ce qui se passe du côté de la plaie d'une façon aussi minutieuse qu'avec les pansements quotidiens; cependant toutes les fois que nous avons vu défaire un pansement ouaté pendant la fièvre traumatique, nous avons toujours trouvé à la plaie un très bel aspect, les bords rosés, sans tuméfaction ni inflammation. Donc on retrouve ici tous les caractères de la fièvre

1. *De la fièvre traumatique dans le pansement ouaté*, Th. de Paris, 1873.

traumatique simple et le pansement ouaté, en empêchant le développement de diverses complications, permet d'étudier cette fièvre dégagée de tout élément étranger.

Avec le pansement antiseptique de Lister, on n'a plus les mêmes causes de fièvre; le plus souvent on obtient la réunion immédiate, alors la surface saignante des lambeaux se recolle sans donner lieu au sphacèle superficiel; ou bien, lorsque la réunion manque en partie ou en totalité, la surface traumatique, constamment en rapport avec une atmosphère phéniquée, ne peut à aucun instant être recouverte de substance septique.

Cependant malgré toutes ces précautions j'ai pu voir, aussi bien à l'Infirmerie d'Édimbourg que dans les hôpitaux de Paris, une fièvre primitive notable se déclarer chez les blessés pansés par la méthode de Lister. Quelle est alors la pathogénie de la fièvre ?

Lorsqu'on applique le pansement de Lister, la plaie reçoit pendant tout le cours de l'opération un jet de vapeur phéniquée; puis, cette opération finie, la surface traumatique est de nouveau lavée avec la solution phéniquée. S'il existe quelque foyer anfractueux pouvant renfermer des germes atmosphériques, on badigeonne ces points suspects avec une solution de chlorure de zinc ; alors seulement on procède à la réunion des lèvres de la plaie. Sous l'influence de ces agents plus ou moins caustiques, la surface saignante est assez vivement irritée, et secrète une quantité souvent considérable de sérosité inflammatoire (*décharge*) ; pour favoriser l'écoulement de celle-ci on dispose deux drains de Chassaignac, partant du fond de la plaie et venant s'ouvrir à l'extérieur entre deux points de suture.

Lorsque, pour une cause quelconque, cet écoulement se fait mal, la sérosité retenue dans la plaie ou dans le moignon donne lieu à des phénomènes inflammatoires locaux parfois intenses, les lambeaux deviennent rouges et tendus, il survient du malaise et la température s'élève. On peut croire alors au début d'un phlegmon diffus, être tenté d'enlever les points de suture et faire bâiller la plaie; mais cela n'est point nécessaire, car il suffit le plus souvent d'assurer un libre écoulement aux liquides, à l'aide d'un drain plus volumineux et à parois plus solides, pour voir tomber rapidement les phénomènes inflammatoires locaux et l'état fébrile.

La fièvre primitive que l'on peut voir survenir dans certains cas à la suite du pansement de Lister n'est donc pas de la fièvre traumatique : c'est une fièvre inflammatoire dont le pronostic est sans gravité; jamais jusqu'à présent je n'ai vu à sa suite survenir la septicémie.

Les pansements fréquents agissent d'une autre manière. On a vu plus haut, à propos du pansement ouaté, quelle explication on en peut donner; l'observation clinique confirme complètement la théorie. Nous avons pu, cette année, étudier à notre aise l'influence des pansements fréquents, car M. Verneuil emploie presque toujours ce mode de traitement chez ses opérés. Nous avons vu des plaies de médiocre étendue, pansées toutes les huit heures, être suivies d'une fièvre assez notable, tandis que chez des opérés pansés toutes les deux heures il n'y avait qu'une ascension insignifiante du thermomètre. Il nous a semblé qu'en multipliant le nombre des pansements on pouvait atténuer à volonté l'intensité de la fièvre primitive, surtout si l'on fait usage d'un liquide antiseptique tel que l'alcool ou l'acide phénique. Il en résulte que si on augmente à l'infini la fréquence des pansements, la fièvre primitive sera complètement nulle; c'est précisément ce qui arrive dans l'irrigation continue, que l'on peut regarder comme le type idéal des pansements fréquents.

On emploie l'irrigation continue dans les écrasements des doigts, les plaies contuses de la main, blessures qui donnent lieu à une fièvre primitive notable lorsqu'on emploie le pansement ouaté. Si l'on applique l'irrigation continue dès le début, et si la plaie n'est pas dans une situation ou à une profondeur telle que le liquide employé ne puisse en laver constamment la surface, on peut avoir une apyrexie absolue. Du côté des parties blessées, il n'y a pas trace d'inflammation ni de rougeur, le petit liséré rouge qui borde les plaies ordinaires fait même défaut; il n'y a entre les parties saines et les parties mortifiées qu'une différence dans la coloration, qui devient peu à peu noire dans les dernières; bientôt apparaissent des bourgeons charnus pâles et mollasses, sans grande tendance à la cicatrisation; il y a alors intérêt à changer le pansement.

Les choses ne se passent pas toujours aussi simplement, car si l'irrigation continue peut annuler complètement la fièvre primitive, elle semble prédisposer aux inflammations secondaires. Si l'irrigation n'est pas faite d'une manière continue, ou si le liquide employé ne peut pas baigner tous les points de la surface traumatique, on pourra voir survenir la céphalalgie, les frissons vagues, l'ascension de la température; mais en même temps il y aura du côté de la plaie du gonflement, de la rougeur et bientôt de la fluctuation; il sera survenu un phlegmon ou une autre complication qui donnera lieu à une fièvre n'ayant avec le traumatisme qu'un rapport indirect.

CONCLUSIONS

La fièvre primitive des blessés peut se montrer dans trois conditions différentes.

1° Elle est causée par une inflammation locale de la plaie, inflammation qui peut aller jusqu'à la suppuration et qui donne lieu à de la fièvre, au même titre qu'un phlegmon spontané ou une inflammation viscérale : c'est la fièvre inflammatoire ;

2° Elle est due à une substance toxique qui, au moment de la blessure, existe déjà au point blessé, ou est apportée du dehors dans la plaie : c'est la fièvre d'inoculation ;

3° Enfin elle est produite par l'absorption d'une matière septique se formant dans la plaie récente : c'est la fièvre traumatique véritable.

Dans ces trois cas, les accidents fébriles sont dus à l'introduction d'un virus dans le système circulatoire. Dans le premier cas, c'est le virus inflammatoire qui se forme dans le sein même des tissus enflammés et dont l'intensité est en rapport avec l'état local. Dans le deuxième cas, c'est un virus dont la nature et le mode d'action peuvent varier, suivant le lieu d'où il provient. Dans le troisième cas, c'est le virus traumatique qui se forme dans la couche des tissus sphacélés recouvrant la surface d'une plaie récente.

Ces trois fièvres d'origine différente se manifestent par des symptômes à peu près semblables : ascension de la température, céphalalgie, malaise, etc. Mais on peut arriver à le distinguer d'après le mode de début. La fièvre d'inoculation commence immédiatement après le traumatisme. La fièvre traumatique n'apparaît guère que vingt-quatre heures après, un peu plus tôt dans les plaies contuses, un peu plus tard dans les plaies par instrument tranchant, mais toujours après un laps de temps suffisant pour que des substances septiques aient pu se former dans la plaie. La fièvre inflammatoire peut apparaître depuis le moment du traumatisme jusqu'à la guérison complète ; mais alors l'état local permettra de faire le diagnostic.

Le pronostic est variable dans les trois cas. Il sera pour la fièvre inflammatoire celui d'un simple phlegmon ou d'un abcès ; pour la fièvre d'inoculation, il variera suivant la nature du virus résidant dans la plaie, la fièvre traumatique est le plus souvent fort bénigne, mais parfois elle donne lieu à des symptômes graves d'infection (fièvre traumatique intense, septicémie) ; de nombreuses conditions, dépen-

dant du blessé et du milieu sont loin d'être éclaircies dans l'état actuel de la science.

Chacun de ses états fébriles réclame une thérapeutique différente. — On s'oppose au développement de la fièvre inflammatoire en évitant la compression et l'étranglement des parties, et en favorisant l'écoulement des liquides retenus dans la plaie. — On peut se mettre à l'abri de la fièvre d'inoculation à l'aide de précautions antiseptiques : lavage des instruments, propreté des mains des aides, nettoyage de la partie où va porter l'instrument; si la région sur laquelle on opère présente des trajets fistuleux ou des clapiers purulents, on aura soin de porter le fer rouge sur tous les points baignés par le pus ou de les badigeonner avec une solution de chlorure de zinc pour détruire les substances septiques. — La fièvre traumatique peut être atténuée à l'aide de pansements antiseptiques, de pansements fréquents, ou de l'irrigation continue bien faite.

Ces trois fièvres peuvent être distingués l'une de l'autre à l'aide d'une analyse clinique minutieuse, mais, en pratique, elles sont susceptibles de se combiner de plusieurs manières pour constituer la fièvre primitive des blessés.

DE LA FIÈVRE TRAUMATIQUE A LA CAMPAGNE[1]

Il est généralement admis que les lésions traumatiques se comportent d'une manière fort différente suivant qu'on les observe dans les grandes villes ou à la campagne. A la campagne, a-t-on l'habitude de dire, non seulement les blessures les plus graves guérissent généralement, mais encore elles se réunissent presque toujours par première intention et sans s'accompagner d'aucun phénomène fébrile.

Il est incontestable qu'à la campagne nous n'observons pas, ou du moins nous n'observons que d'une manière tout à fait exceptionnelle la pyohémie, la pourriture d'hôpital et autres complications graves des plaies qui, avant la vulgarisation de la méthode antiseptique, décimaient les opérés dans les hôpitaux des grandes villes. Mais si nous laissons de côté ces complications, presque disparues aujourd'hui des services hospitaliers, nous croyons qu'il est plus exact de dire qu'à la campagne, aussi bien que dans les hôpitaux de Paris, la

1. Note additionnelle de M. Maunoury, janvier 1884.

réunion immédiate est rare et que les lésions traumatiques déterminent presque toujours des phénomènes fébriles très accusés. Nous irons même plus loin, et nous dirons que la fièvre qui succède au traumatisme a la même intensité et obéit aux mêmes lois, quel que soit le lieu où se trouve le blessé.

Depuis cinq ans que je fais de la chirurgie dans les plaines de la Beauce, j'ai pu journellement constater que les conclusions de ma thèse écrite en 1876, à l'aide d'observations recueillies à Paris, à l'hôpital de la Pitié, s'appliquaient parfaitement à mes paysans opérés ou blessés. Ce que nous avons dit de la blessure des foyers malades, de la fièvre d'inoculation, de la fièvre traumatique, de son début plus ou moins rapide suivant la nature de la plaie, etc., nous pourrions aujourd'hui en confirmer l'exactitude à l'aide d'un grand nombre d'observations prises chez des blessés soignés en pleine campagne. Dans tous les cas de lésion traumatique un peu sérieuse pour laquelle on n'avait pas pris de précautions antiseptiques rigoureuses, j'ai eu de la suppuration, et lors même que ces précautions ont été prises, il y a eu, dans la plupart des cas, une fièvre plus ou moins intense. Je ne parle pas bien entendu des pseudo-fièvres traumatiques dues à une maladie étrangère au traumatisme, car tout le monde doit admettre que sur celles-là le milieu est sans action.

A quoi tient donc le préjugé généralement accepté? A un abus de langage et à une observation imparfaite. Dès qu'une plaie se réunit rapidement, on a de la tendance à dire qu'il y a réunion immédiate, et quand, à la suite d'un traumatisme, l'état général est resté bon, on se figure qu'il y a eu absence de fièvre. Bien des fois on m'a montré comme guéries par première intention des plaies réunies dans une certaine étendue mais qui en un point bâillaient un peu et laissaient écouler du pus; bien des fois également j'ai vu des opérés paraissant bien portants, regardés de très bonne foi comme apyrétiques, et chez lesquels cependant le thermomètre marquait 39°. Il faut se défier de toutes les assertions de ce genre quand elles ne sont pas accompagnées d'observations précises et de tracés thermométriques exactement relevés.

DE LA FIÈVRE TRAUMATIQUE

ET DES FIÈVRES ÉPITRAUMATIQUES;

DE LEUR DIAGNOSTIC AU LIT DU MALADE[1].

Lorsque, en 1876, mon élève et ami G. Maunoury (de Chartres) se mit à écrire sa thèse sur la *fièvre primitive des blessés*, une grande question de pyrétologie venait d'être tranchée. L'unité des fièvres chirurgicales était reconnue, on acceptait leur identité de cause et de nature, on les considérait enfin comme résultant de l'introduction, dans le torrent circulatoire, de substances septiques. On admettait seulement dans l'empoisonnement divers degrés, que le thermomètre servait à mesurer et à distinguer, au moins autant que les caractères cliniques et la terminaison.

Toute élévation de température après un trauma était regardée comme fièvre traumatique, laquelle était *légère* quand la courbe était brève et peu élevée, — *forte* quand l'hyperthermie était plus durable et plus intense, — s'appelait *septicémie* quand la température se maintenait plusieurs jours autour de 40°, et devenait enfin *pyohémie* ou *septico-pyohémie* quand le tracé indiquait de grandes oscillations et se composait de brisures très irrégulières.

Les états fébriles plus ou moins tardifs formaient la classe des *fièvres traumatiques secondaires*.

Maintes fois, pour ma part, j'ai comparé jadis les diverses fièvres chirurgicales aux formes bénignes, graves et très graves de la fièvre typhoïde, septicémie médicale par excellence.

Cette théorie simple, claire, commode, constituait un progrès considérable; elle obtint donc un succès mérité. Malheureusement elle avait le défaut capital d'être tout à fait insuffisante dans la pratique, car chaque jour on rencontrait au lit du malade des faits qui ne

1. Verneuil, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1884, nos 1, 2, 3.

rentraient point dans le cadre et que la doctrine septicémique ne pouvait expliquer.

Ces faits exceptionnels étant nombreux et variés, nous reconnûmes bientôt la nécessité d'admettre, à côté de la fièvre traumatique et de ses formes, d'autres fièvres distinctes de l'intoxication septique par leurs causes et leur origine et ne conservant d'autre caractère commun que d'apparaître également après un trauma; fièvres pouvant être baptisées d'une manière quelconque, excepté fièvres traumatiques, ce dernier terme impliquant en bonne logique une relation intime de cause à effet.

De sorte qu'après avoir combattu de notre mieux pour l'unité des fièvres *dépendant* des blessures, nous nous efforçâmes de séparer en deux groupes les fièvres *succédant* aux blessures: le premier comprenant les fièvres *septico-traumatiques*, et le second des fièvres différant même entre elles, et que pour la commodité du langage, et malgré mon peu de goût pour le néologisme, je propose d'appeler fièvres *épitraumatiques*: la particule préfixe *épi*, indiquant qu'elles viennent après les traumas, s'y ajoutent, les compliquent si l'on veut, mais n'en dérivent pas; fièvres épitraumatiques desquelles on peut dire: *post hoc, sed non propter hoc.*

C'est à l'étude générale des fièvres succédant au traumatisme qu'est consacrée la thèse de M. Maunoury. A ma connaissance, c'est le premier travail où se trouve formulée clairement et avec preuves cliniques la pluralité des états fébriles consécutifs aux blessures, et tracée la séparation nette entre les fièvres traumatiques et non traumatiques.

Les recherches de M. Maunoury, basées sur un grand nombre d'observations, aboutissent à la classification suivante:

1° Fièvre traumatique proprement dite;

2° Fièvre d'inoculation;

3° Fièvre inflammatoire;

4° Fièvre symptomatique d'une affection intercurrente;

5° Fièvre traduisant le rappel d'une maladie fébrile antérieure.

M. Jeannel, en divers points de son œuvre remarquable sur les fièvres chirurgicales, et en particulier dans l'article FIÈVRE TRAUMATIQUE de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie* (édit. française, 1883, p. 360), adopte dans leur ensemble les idées de M. Maunoury, mais apporte quelques changements à sa classification.

Ainsi il n'admet que trois catégories:

1° Fièvre suscitée par une maladie intercurrente ou par un rappel de diathèse;

2° Fièvre inflammatoire suscitée par l'inflammation de l'organe blessé ou d'un organe voisin;

3° Fièvre traumatique proprement dite, provoquée par l'absorption de la matière septique résultant du sphacèle moléculaire et de la putréfaction commençante à la surface d'une plaie récente.

On voit donc que M. Jeannel réunit d'abord les genres 1 et 2 puis 4 et 5, séparés par M. Maunoury. Il ne motive pas la dernière fusion, mais pour la première il fait remarquer, non sans raison, que la fièvre traumatique proprement dite et la fièvre d'inoculation ont en somme une seule et même cause, la pénétration d'un même poison dans le torrent circulatoire.

J'accorde volontiers qu'il ne faut pas trop multiplier les classes, genres et espèces, et que les classifications sont d'autant plus claires et utiles, qu'elles sont plus synthétiques et renferment moins de termes; mais, en revanche, je crois qu'en pratique la condensation et la concision trop grandes sont nuisibles. Je serais donc d'avis de maintenir avec M. Maunoury, d'abord la séparation entre les *fièvres intercurrentes*, qui n'impliquent aucun état pathologique antérieur du blessé, et les *fièvres rappelées*, possibles seulement lorsque ce blessé est en puissance d'une maladie plus ou moins latente; puis de séparer encore, non pas à cause de leur étiologie, mais en raison de leur pathogénie, la fièvre traumatique par absorption de la fièvre traumatique par inoculation.

En somme, je classerais de la façon suivante les fièvres consécutives aux blessures :

1° *Fièvres traumatiques* proprement dites ou *septico-traumatiques :* par absorption des poisons septiques, par inoculation des poisons septiques.

2° *Fièvres épitraumatiques :* par inflammation, par affection intercurrente, par affection rappelée.

En somme, on voit qu'entre MM. Maunoury, Jeannel et moi-même l'accord est bien près de se faire. Aussi n'aurais-je pas pris la plume uniquement pour proposer un néologisme qui n'était pas indispensable, et pour changer de place quelques membres d'un même groupe nosologique, s'il ne m'avait pas semblé que notre tâche était restée inachevée.

En effet, si nous avons clairement indiqué les différences d'origine et de nature des fièvres qui succèdent aux traumas, et si nous avons dressé la liste complète de ces fièvres; en revanche, nous n'avons suffisamment insisté ni sur leurs combinaisons et leur succession, fort communes pourtant, ni sur leur diagnostic différentiel

ou plutôt sur la manière de les distinguer les unes des autres au lit du malade.

Bref, nous avons fait œuvre de nosographe et non métier de clinicien. Or il est facile de se convaincre et utile de rappeler :

1° Que l'ascension thermométrique après un trauma n'implique nullement l'existence de la fièvre traumatique vraie, celle-ci étant même moins fréquente qu'on ne le croit.

2° Qu'il est parfois malaisé, sinon même impossible, de dire exactement chez un blessé fébricitant, à quelle forme fébrile on a affaire, et surtout d'assigner une cause précise à certaines ascensions verticales, inattendues, subites et éphémères au vrai sens du mot.

3° Que le tracé de la température est insuffisant à lui seul pour établir le diagnostic étiologique, et qu'il faut souvent lui adjoindre l'analyse minutieuse et l'examen attentif de toutes les conditions présentes ou passées du cas qu'on a sous les yeux.

4° Que dans le cours, quelquefois très prolongé d'ailleurs, d'une affection traumatique (fracture compliquée, résection, etc.), la nature de la fièvre peut changer plusieurs fois; que la même forme peut reparaître à diverses reprises; que les changements sont ordinairement traduits par des variations dans le tracé, variations souvent peu sensibles, il est vrai, mais qui, néanmoins, divisent ce tracé en segments plus ou moins distincts.

5° Que chaque variation, chaque segmentation du tracé nécessite un diagnostic nouveau déterminant d'une manière précise la forme fébrile actuellement régnante.

6° Que, réciproquement, chacune des fièvres traumatiques ou épitraumatiques ayant une durée particulière et une courbe thermométrique à élévation et étendue déterminées, tout tracé qui se prolongera outre mesure, qui de régulier deviendra irrégulier ou réciproquement, indiquera clairement la substitution d'une fièvre à l'autre ou l'association d'une fièvre nouvelle à celle qui existait déjà.

Cette courte note n'ayant pas d'autre but que de signaler une lacune qu'il plaira peut-être à quelque élève laborieux de combler, je ne chercherai pas, ce qui d'ailleurs serait facile, à étayer de nombreuses observations les propositions qui précèdent. Je citerai seulement quelques faits.

Je disais d'abord qu'il était parfois très mal aisé, chez un blessé fébricitant, de savoir à quelle fièvre on avait affaire. Cet embarras a été signalé déjà par des auteurs très compétents.

Voici comment s'exprime M. Billroth :

« Il est parfois des cas, dit-il[1], où les causes des élévations brusques de la température pendant le cours des lésions traumatiques restent tout à fait obscures . » Et il cite à ce propos le fait suivant :

Obs. I. — Jacob M..., trente-cinq ans, vigoureux ouvrier, se fracture dans une chute l'os iliaque gauche. Déplacement peu étendu; ecchymose considérable allant jusqu'au scrotum; marche impossible. La cuisse et l'articulation coxo-fémorale sont intactes. La vessie et le rectum fonctionnent normalement.

Le premier jour, apyrexie complète; aussi la température ne fut-elle point recherchée les jours suivants.

Le cinquième jour, au matin, frisson violent suivi de chaleur et de sueur. La température, à 41°,4 pendant le frisson, descend le soir à 40°,1.

Dans la nuit suivante, second frisson avec 38°,2; teinte ictérique passagère de la conjonctive. Pendant six jours la température du soir resta un peu au-dessus de la normale, après quoi la fièvre cessa, et la guérison suivit son cours.

L'examen le plus attentif de tout l'organisme et surtout du bas-ventre, de la vessie et de l'urine, ne révéla aucune cause à laquelle on pût rapporter cet accès fébrile. Il est seulement vraisemblable que la fièvre eut pour point de départ une inflammation du tissu cellulaire du bassin ou une thrombose des veines pelviennes avec phlébite commençante. Je n'ose décider si la vératrine employée après le premier frisson a jugulé à son début la maladie, restée de nature inconnue.

Je ne m'évertuerai pas à chercher, de mon côté, les causes de cet accès; mais il ressemble, soit à un accès intermittent rappelé par le traumatisme, soit à une fièvre herpétique, soit à une fièvre intercurrente. En tout cas, l'hypothèse de M. Billroth est certainement la moins admissible, car un phlegmon ou une phlébite qui débute par une température de 41 degrés ne disparaît pas ainsi en quelques jours sans donner d'autres signes de son existence.

M. Maunoury, à la page 57 de sa thèse, manifeste son embarras presque dans les mêmes termes :

« A la suite d'un traumatisme, dit-il, on peut voir survenir un

1. Billroth, *Wundfieber und Wundkrankheiten*, in *Arch. für klin. Chir.*, t. II, p. 401, 1862.

état fébrile intense avec frisson et symptômes généraux graves, sans qu'on puisse l'expliquer ni par une modification de la plaie, ni par une lésion viscérale, ni par une maladie intercurrente... Il faut, dans certains cas, avouer notre ignorance et soupçonner plutôt une complication cachée qu'une véritable fièvre traumatique. L'observation suivante montre combien on peut être embarrassé. »

Obs. II. — *Fracture de cuisse; symptômes généraux graves; fièvre intense sans cause connue.*

B. V..., quarante-trois ans, charretier, entre à l'hôpital le 3 février 1876. Le matin même, chute sur la hanche gauche, fracture du fémur vers le tiers moyen. Épanchement sanguin considérable à ce niveau. Point de plaie. Le soir même, température à 38°,6 qui s'élève encore les jours suivants; inappétence, céphalalgie, teinte subictérique, quelques douleurs vagues dans la cuisse, agitation la nuit.

Malgré un examen minutieux des organes, il est impossible de trouver aucune complication ni aucune autre lésion traumatique. Il n'existe pas non plus de *delirium tremens*.

Le 16 février, grand frisson, avec claquement de dents. Les jours suivants, la fièvre diminue; elle cesse le 20, et la santé générale redevient bonne.

A la fin d'avril, la consolidation du fémur est complète.

Voici le tracé, que je reproduis malgré sa longueur, parce qu'il me paraît intéressant.

	Matin.	Soir.
3 février.	Blessure.	38°,6
4 »	37°,8 »	38,7 »
5 »	38 »	38,6 »
6 »	38,7 »	39,2 »
7 »	38,5 »	39,2 »
8 »	39,2 »	39,5 »
9 »	38,4 »	39,3 »
10 »	38,4 »	38,8 »
11 »	37,4 »	38,5 »
12 »	37,6 »	38,4 »
13 »	37,6 »	38,2 »
14 »	37,3 »	38,2 »
15 »	37,6 »	39 »
16 »	38,3 »	39 »
17 »	37,8 »	38,4 »
18 »	37,8 »	38,2 »
19 »	37,2 »	38 »
20 »	37 »	37,6 »

Je risquerai sur ce fait une hypothèse.

Le malade était charretier et arrivé à un âge où, dans cette profession, les viscères sont rarement à l'état d'intégrité parfaite; le foie et les reins surtout sont lésés. Le malade a présenté les signes d'une de ces fièvres continues : embarras gastrique, fièvre éphémère prolongée, synoque imputride, peu importe le nom, lesquelles se montrent aussi bien après une blessure — quoique le fait soit exceptionnel — qu'après un refroidissement, un écart de régime, un excès de fatigue ou une émotion morale qui en sont les causes ordinaires.

Le tracé thermométrique ressemble d'ailleurs à celui d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité.

J'ai vu plusieurs cas de ce genre, en particulier chez des hépatiques non alcooliques. Tout ce cortège s'est montré chez une dame atteinte de lithiase biliaire et à laquelle j'avais enlevé un lipome.

Plus d'une fois, et tout récemment encore, j'ai éprouvé la même incertitude.

Obs. III. — *Ablation d'une tumeur ramollie du creux poplité. Inoculation probable de bactéries préexistantes dans la tumeur. Fièvre rapide.*

A..., vingt-quatre ans, tonnelier, d'une belle constitution et jouissant d'une excellente santé habituelle, porte dans le creux poplité une tumeur volumineuse, indolente, sans adhérence ni altération de la peau, sans le moindre indice de ramollissement ni de travail inflammatoire quelconque.

J'opère sans le spray, mais le malade avait été baigné, et je lave soigneusement le membre avec une solution phéniquée. Après l'opération, la plaie est lavée avec une solution plus forte.

La séance avait été assez prolongée et passablement laborieuse. Manœuvrant longtemps dans le creux poplité et procédant par énucléation, j'avais déchiré largement le tissu conjonctif, ce qui ne m'avait pas dispensé de faire avec la soie phéniquée une dizaine de ligatures. J'avais réséqué avec la tumeur au moins 12 centimètres du nerf sciatique, mais les vaisseaux poplités avaient été respectés, et j'étais resté loin de la capsule articulaire.

Je ne crus pas devoir faire la réunion immédiate d'une plaie aussi longtemps manipulée, et j'appliquai moi-même avec le plus grand soin un pansement ouaté d'Alph. Guérin, allant depuis la racine des orteils jusqu'au pli de l'aine. (Les orteils avaient été laissés à dessein découverts pour explorer la circulation et l'innervation du membre.)

Ayant opéré chez un sujet sain, sur des tissus sains, avec toutes les précautions antiseptiques, et appliqué enfin un des meilleurs

pansements préventifs de la septicémie, je comptais n'avoir point de fièvre traumatique et voir le thermomètre monter seulement du dixième au quinzième jour, comme cela s'observe avec le pansement ouaté, quand la suppuration provoque l'érythème et l'inflammation superficielle de la peau sur les bords de la plaie. Aussi fus-je surpris de relever les jours suivants le tracé que voici :

27	juillet,	jour de l'opération :	matin,	36°,4;					soir,	37°,6
28	»	matin,	39°;	midi,	39°,4;	4 heures,	38°,9;		»	39,2
29	»	»	37,2	»		»	39,8		»	39,2
30	»	»	38,2	»	39	»			»	38,4
31	»	»	37	»		»			»	38
1er	août,	»	37,2	»		»			»	37,1
2	»	»	37,2	»		»			»	38,4

L'existence de la fièvre était évidente, mais l'explication n'en était point facile. Il faut noter d'abord que l'ascension de la température ne s'était accompagnée d'aucun autre symptôme fâcheux, tel que malaise, soif, état gastrique ou céphalalgie. J'aurais donc eu beau jeu pour admettre ici la fièvre traumatique aseptique de MM. Volkmann et Gemser, conception commode, créée surtout pour les besoins de la médecine opératoire, mais qui ne résout rien, parce qu'on n'en possède point d'explication satisfaisante.

Il n'y avait pas davantage de douleurs spontanées ni provoquées dans la région inguinale, ce qui excluait la participation des lymphatiques et des ganglions.

L'opéré accusait seulement une certaine douleur non point dans la plaie poplitée, mais à la partie antérieure du genou, douleur exaspérée par la pression exercée perpendiculairement sur la face antérieure de la rotule à travers le pansement ouaté, et que ne provoquait point la même pression appliquée en arrière ou sur les côtés.

J'en conclus que l'élévation de température reconnaissait pour cause un certain degré d'arthrite du genou et que la fièvre par conséquent n'était point traumatique, mais inflammatoire.

Je n'étais cependant qu'à moitié satisfait de mon explication. En effet j'étais, comme je l'ai dit, resté pendant l'opération fort loin du ligament postérieur de l'articulation. Or le développement soudain d'une arthrite de voisinage et la disparition de cette arthrite en quatre jours était difficile à admettre. D'autre part, l'ascension brusque du thermomètre, qui en vingt-quatre heures, c'est-à-dire du matin de l'opération au lendemain matin, avait passé de 36°,4 à 39 degrés, rappelait tout à fait le début des fièvres d'inoculation.

A la vérité, cette hypothèse semblait inacceptable, puisque la peau était saine et que le foyer traumatique ne renfermait en apparence aucune matière septique.

Bref, j'allais peut-être admettre une fièvre traumatique ordinaire à marche un peu insolite, ou une fièvre inflammatoire légère provoquée par la déchirure du tissu conjonctif, et analogue par conséquent à celle qui suit de près la plupart des plaies contuses, lorsqu'un renseignement très curieux, qui me fut donné par M. Nepveu, vint remettre mon diagnostic en question.

La tumeur poplitée était un gros fibrome englobant le nerf sciatique. Sa masse était généralement dure et résistante; toutefois en plusieurs points on trouvait des noyaux ramollis et friables du volume d'une petite noisette. Deux de ces foyers, situés à la périphérie, avaient été ouverts pendant l'opération, de sorte que la pulpe molle avait pu se répandre dans la plaie, circonstance à laquelle nous n'avions pas fait la moindre attention. Or l'examen microscopique des points ramollis, pratiqué presque immédiatement, en tout cas avant toute décomposition possible de la tumeur, y avait révélé l'existence de nombreuses bactéries, réunies en ce point à l'abri du contact de l'air et antérieurement à l'opération [1].

Dès lors, il redevenait possible d'admettre dans ce cas et conformément à l'aspect du tracé thermométrique, une fièvre d'inoculation datant de l'heure de l'opération.

Ce n'est point tout encore, car ce fait renferme un dernier élément de complication dont je veux dire quelques mots.

On sait ce qui arrive assez fréquemment lorsqu'on opère un sujet sur lequel existent à la fois plusieurs foyers néoplasiques : l'un externe, connu, qu'on attaque, les autres profonds, latents, non soupçonnés. En vain le trauma opératoire est irréprochable et marche tout à fait normalement, bientôt la tumeur profonde, comme si elle était subitement irritée par l'acte traumatique, s'accroît avec intensité; tantôt même l'état général devient d'emblée grave, à ce point que la mort s'ensuit comme à la suite d'une attaque de septicémie. La thèse de M. Cerné abonde en faits de ce genre.

Or, malgré ses brillants attributs de santé, l'intégrité apparente de tous les organes, notre patient, au moment où je l'opérai, présentait déjà un foyer morbide secondaire et des plus fâcheusement situés,

1. M. Nepveu poursuit ces recherches sur le ramollissement des tumeurs et sur le rôle que pourraient jouer les microbes dans ce phénomène encore mal expliqué.

car il confinait à la moelle épinière, comme l'atteste la paraplégie à peu près totale dont il est atteint aujourd'hui, et dont les premiers symptômes se sont montrés deux mois à peine après l'extirpation de la tumeur poplitée. Ce qui me conduit à me demander si la fièvre primitive survenue après la blessure et ne paraissant pas en partir, n'aurait pas eu pour origine l'écho du trauma extérieur sur le néoplasme profond et l'excitation produite dans la masse de ce dernier.

Notez que je ne tiens nullement à cette hypothèse dans le cas actuel, mais que je la soutiens, d'abord pour montrer la difficulté clinique et aussi, j'en conviens, pour rappeler qu'il faut faire dans le cadre des fièvres épitraumatiques une place pour ces états fébriles encore inexpliqués survenant dans les conditions précitées, c'est-à-dire en cas de néoplasmes profonds et superficiels coexistants, avec opération portant sur ces derniers.

Tout récemment, nous avons observé pour la seconde fois une ascension brusque de la température (*fièvre soudaine*) après une opération pratiquée pourtant comme dans le dernier cas, sur des tissus sains et chez un sujet bien portant. Nous avons trouvé sans peine la cause de cette fièvre dans une complication qui survient bien rarement, à une époque aussi précoce : je veux parler d'une lymphango-adénite. Je citerai ce fait en quelques lignes pour indiquer en passant une petite difficulté relative à la nomenclature.

Obs. IV. — Un homme de quarante ans, de belle santé et de forte constitution, porte au sein droit une tumeur cancéreuse avec engorgement axillaire sans ulcération à la peau [1].

Je l'opère le 9 novembre. J'enlève largement la mamelle et les ganglions ; je panse à plat après avoir bien lavé la plaie avec la solution phéniquée forte.

Je comptais sur une fièvre traumatique légère débutant le lendemain et se continuant deux ou trois jours. Or, le soir, la température dépassait 39 degrés : c'était le tracé type de la fièvre d'inoculation.

Le lendemain matin, l'anomalie s'explique ; le triangle sus-claviculaire est le siège d'une douleur au toucher, vive, circonscrite et correspondant à un ganglion superficiel ; des traînées rouges s'étendent entre la plaie et ce ganglion enflammé.

1. Cette observation est rapportée *in extenso* dans la thèse de M. Landry, *Cancer du sein chez l'homme*, Paris, 19 décembre 1883, p. 8.

La fièvre continua plusieurs jours et le ganglion finit par suppurer.

La découverte d'ailleurs facile de la cause de la fièvre n'aplanit pas toutes les difficultés de ce cas intéressant.

Comment, en effet, dénommer cette fièvre ? Est-elle traumatique simple? Non, car elle ne dépend pas directement de la blessure, mais d'une complication bien définie : la lymphango-adénite.

Alors elle est épitraumatique et inflammatoire ; mais ici, comme dans le cas précédent, M. Nepveu a trouvé au centre de la tumeur plusieurs points de ramollissement riches en bactéries, ce qui permettrait de croire que pendant le cours de l'opération il y a eu autoinoculation traumatique, ou qu'avant même l'ablation de la tumeur le ganglion sus-claviculaire était déjà légèrement envahi, auquel cas l'acte opératoire aurait activé dans le parenchyme ganglionnaire une inflammation encore latente.

D'où résulte qu'il est fort malaisé de dire si cette fièvre est inflammatoire ou septique, à moins qu'on ne prenne un moyen terme, et qu'on ne considère comme de nature septique toutes les inflammations du système lymphatique (canaux et ganglions) consécutives à des plaies récentes ou anciennes.

Notre opéré aurait été en conséquence atteint d'adénite septique subitement éveillée ou aggravée et se traduisant par une fièvre soudaine qu'on appellerait *fièvre septico-phlegmasique*.

On pourrait tirer parti de ce fait pour critiquer la division des fièvres traumatiques en *primitives* et *secondaires*, les unes survenant immédiatement après la blessure, les autres plus tardives, dites aussi symptomatiques et liées à une complication, à une affection surajoutée, comme la lymphangite et l'érysipèle. Chez notre malade la fièvre, s'étant allumée dans la journée même de la blessure, devrait être considérée comme primitive. Mais, comme elle a été occasionnée par une lymphango-adénite, elle serait secondaire en raison de cette origine. D'où cette conclusion que le blessé aurait été atteint de fièvre secondaire quelques heures après sa blessure et sans avoir eu de fièvre primitive.

Nous reconnaissons là, comme pour les hémorrhagies et les névralgies, c'est-à-dire avec tous leurs inconvénients, leur défaut de précision et de clarté, ces dénominations bâtardes basées sur l'époque d'apparition et qui ont engendré tant de logomachies. Il faut rejeter cette nomenclature et lui substituer des qualifications tirées de la nature et de l'étiologie des symptômes.

Je ne voudrais pas qu'on se méprît sur le but que je poursuis en suscitant ces objections et en signalant ces difficultés. Je ne veux point à dessein compliquer la question, mais, tout au contraire, montrer qu'elle a singulièrement besoin d'être éclaircie et qu'il y a encore dans les termes et dans les faits mainte confusion qu'il serait bien utile de faire cesser.

J'ai dit dans la troisième proposition que le tracé thermométrique à lui seul ne caractérisait pas assez la nature de la fièvre pour en faire à première vue connaître l'origine. Voici deux faits à l'appui.

Dans le premier, nous n'avions le tracé type ni de la fièvre traumatique ni de la fièvre cavitaire, ce qui m'a fait chercher ailleurs l'explication du phénomène.

Dans le second, le tracé indiquait tout aussi bien la fièvre traumatique que la fièvre inflammatoire. A la vérité, certaines circonstances rendaient invraisemblable l'existence de la première, mais l'examen attentif du foyer traumatique était nécessaire pour trancher la question.

Obs. V. — *Vaginisme. Dilatation forcée de la vulve. Fièvre intense le deuxième jour. Angine tonsillaire intercurrente.*

Jeune femme, vingt-six ans, bonne constitution et santé satisfaisante, sauf un état névropathique assez prononcé. Entrée à l'hôpital pour un vaginisme qui empêche les rapports conjugaux. Je constate comme de coutume l'hyperesthésie vulvaire, la contracture du transverse du périnée, et la vaginite.

Je pratique le 16 novembre la dilatation forcée de la vulve avec l'aide du chloroforme et après désinfection soignée de la cavité vaginale par des injections antiseptiques.

La malade étant dans la position de la taille, je fais cette dilatation avec le spéculum univalve de Marion Sims, en pressant vigoureusement de haut en bas sur la commissure vulvaire postérieure et sur la cloison recto-vaginale, par conséquent en distendant le muscle transverse.

Bien que la manœuvre soit faite avec lenteur, je détermine à l'anneau vulvaire, dans la région de l'hymen, une légère déchirure qui fournit quelques gouttes de sang.

L'hémorrhagie s'arrête d'elle-même; on lave la vulve avec de l'eau phéniquée et la malade est reportée dans son lit, le périnée recouvert d'une compresse de mousseline pliée en plusieurs doubles et imbibée d'eau phéniquée.

Le 16 au matin, avant l'opération, la température était à 37° et le

soir à 37°,8. La douleur vulvaire se dissipe dans le cours de la journée. Le lendemain matin, le thermomètre est à 38° ; le soir, il monte à 40.

Le troisième jour, à la visite, retrouvant encore 39 degrés, je me préoccupe de ce mouvement fébrile et j'en recherche les causes. Tout naturellement, l'examen porta d'abord sur la région opérée. La douleur n'y existait point ; il n'y avait pas trace d'inflammation, les ganglions inguinaux étaient tout à fait indolents. Il fallait rejeter l'hypothèse d'une complication inflammatoire.

La fièvre cavitaire, ou fièvre par inoculation, devait être recherchée ; ses conditions pathogéniques, en effet, existaient incontestablement, puisqu'il y avait sécrétion vaginale muco-purulente abondante au moment de l'opération, et, par le fait de cette dernière, déchirure de la muqueuse vulvaire[1]. Mais outre qu'avant et après la dilatation l'antisepsie du vagin avait été faite avec beaucoup de soin, le début parlait contre cette hypothèse, car la fièvre d'inoculation surgit d'habitude d'une façon soudaine et amène l'ascension thermométrique verticale le soir même de la blessure.

La fièvre traumatique ordinaire n'était guère plus admissible, car dans les traumas légers, chez les sujets tout à fait sains, comme c'était ici le cas, la température ne s'élève presque jamais à 40 degrés, et d'ailleurs n'y arrive qu'à la fin du troisième ou du quatrième jour. Il fallait donc chercher ailleurs et songer à une affection n'ayant point pour siège la région blessée. L'enquête ne fut pas longue. La malade avait du malaise, de la céphalalgie, de l'inappétence, la bouche mauvaise, et enfin une certaine difficulté à avaler. L'ouverture de la bouche nous montra une amygdalite gauche.

Le diagnostic était posé, nous avions affaire à une fièvre intercurrente. Je ne fis, à dessein, aucune prescription.

Le soir, la température montait encore à 39°,4. Le lendemain, nous avions 38 degrés le matin et 39 le soir.

Le 20, cinquième jour après l'opération, quatrième jour après l'invasion de l'amygdalite, celle-ci était guérie ; le thermomètre revenait à 37°,5.

Voici l'autre observation.

1. Sans vouloir, Dieu m'en garde, incriminer la pureté des jeunes filles, je m'imagine que certains accidents légers ou graves qui succèdent à la défloration se rapportent à la lymphangite, laquelle pourrait bien naître par auto-inoculation. L'organe viril, d'ailleurs sain, produit le trauma vulvaire et le poison est fourni par les sécrétions vulvo-vaginales de la vierge, le vibrion septique ne respectant ni la moralité ni la vertu, et ne capitulant que devant l'hygiène et l'antisepsie.

Obs. VI. — *Extirpation d'une tumeur de la fesse; inflammation de la bourse séreuse sous-ischiatique; fièvre intense.*

Un homme de quarante ans environ, robuste, bien portant, et tourmenté par des douleurs sciatiques, me consulta pour une tumeur fibreuse de la fesse, du volume d'une noix, profondément située aux environs de l'ischion.

Opération le 7 décembre au matin; la température était à 37 degrés. Une incision de 7 à 8 centimètres, intéressant la peau et les fibres inférieures du grand fessier, met à nu la masse morbide, qu'on peut énucléer dans une partie de la circonférence, mais qu'une bride fibreuse très résistante fixe à la partie postérieure et supérieure de la tubérosité ischiatique. Cette bride est coupée d'un coup de ciseaux. Point d'hémorrhagie, point de ligature; ouverture de la bourse séreuse sous-ichiatique. Pas de réunion à cause de la profondeur de la plaie, fermée d'ailleurs par le rapprochement des fibres du grand fessier. Lavage avec la solution phéniquée forte; gros drain vertical allant jusqu'au fond de la plaie; application à l'extérieur de compresses imbibées d'eau phéniquée et maintenues par un bandage de corps. Le soir, 37°,4.

Le lendemain 8, la température basse le matin, monte le soir à 38°,6.

Le 9, ascension plus considérable; douleurs spontanées et provoquées surtout par les mouvements du membre; vive sensibilité au toucher au pourtour de la plaie, qui pourtant présente très belle apparence. En revanche, tuméfaction profonde appréciable à la vue. Je prescris un purgatif et des applications émollientes sur la fesse.

Le quatrième jour, la fièvre diminue et cesse tout à fait le sixième; à la même époque la sensibilité de la région opérée se calme.

Voici le tracé des six jours :

Le 7 décembre.	Jour de l'opération.	Matin.	37°	Soir.	37°,4
Le 8	—	—	36°,8	—	38°,6
Le 9	—	—	37°,6	—	39°,2
Le 10	—	—	38°,2	—	39°
Le 11	—	—	37°,4	—	38°
Le 12	—	—	37°,2	—	37°,6

A première vue, on croit avoir affaire à une fièvre traumatique simple, succédant à la blessure de tissus sains sur un sujet sain. Cependant l'absence de réunion immédiate, l'écoulement facile des liquides assuré par le drain, l'antisepsie complète de la plaie avant,

pendant et après l'opération, ne laissaient guère admettre la formation et l'absorption de matière septique. En revanche, l'ouverture d'une bourse séreuse, la tuméfaction profonde, la douleur intense, me firent soupçonner une inflammation franche de la séreuse blessée, ce qui expliquait bien mieux la marche de la fièvre.

Les applications émollientes et une révulsion sur le tube digestif agirent de façon à confirmer l'hypothèse.

Dans l'observation suivante, le tracé indiquait clairement une fièvre intense et grave, mais n'en faisait point connaître la nature; bien que dès le début des accidents nous ayons fortement soupçonné la complication rénale, le diagnostic étiologique n'a pu être porté d'une manière certaine que tardivement.

Obs. VII. — *Tumeur urineuse; accidents comateux, cessant par l'ouverture de l'abcès; fistule urèthrale persistante. Calcul de l'urèthre; extraction par débridement de la fistule; exploration de la vessie avec injections désinfectantes; pansements antiseptiques; fièvre épitraumatique par aggravation d'une néphrite chronique. Mort le neuvième jour.*

L. J..., cantonnier, soixante et un ans, entre à la Pitié le 30 octobre 1883 pour une tumeur urineuse datant de deux semaines. Comme antécédents : blennorrhagie à vingt-quatre ans; vingt ans plus tard, abcès urineux; passage de bougies pendant deux mois, après quoi L... semble guéri; miction très facile; santé générale bonne; jamais de colique néphrétique.

Il y a quelques mois seulement, survint un peu de difficulté à uriner; l'écoulement se faisait sans douleur, mais lentement; le jet était mince, et dans les derniers temps même le liquide coulait goutte à goutte.

Vers le 15 octobre, se montra au périnée une tuméfaction indolente, circonscrite, du volume d'une noix; bientôt les dimensions s'accroissent, la douleur apparaît, et la marche devient impossible. C'est alors que L... entre à l'hôpital.

C'est un vieillard grand, maigre, sobre, qui semble encore vigoureux, et qui, en dehors de la lésion locale, affirme ne ressentir aucun malaise. Il n'a pas mauvaise mine, la langue est humide, la soif modérée, mais il mange peu et présente le soir un léger mouvement fébrile.

L'exploration du canal indique au niveau de la région membraneuse un obstacle qu'on ne parvient pas à franchir. On perçoit en ce point la sensation d'un corps étranger.

Les accidents étant modérés, la fièvre nulle, le thermomètre à 37°,4, je prescris un bain, des cataplasmes, et j'ajourne l'ouverture de la tumeur périnéale. Le soir, la température monte à 38°,5, sans doute par le fait de l'exploration uréthrale.

La journée du 2 se passe assez bien; mais, dans la nuit suivante, éclatent des symptômes graves; la tumeur urineuse double de volume, la peau qui la recouvre prend l'aspect phlegmoneux; une infiltration d'urine se prépare; de plus le malade, qui la veille était très lucide, a déliré toute la nuit, et depuis le matin est plongé dans une sorte de coma. La température est peu élevée, à 37 degrés.

Il s'agit évidemment d'une attaque d'urémie. Malheureusement les urines rendues la nuit en très petite quantité n'ont pas été conservées, de sorte qu'on ne peut en faire l'analyse. Cependant la pression exercée sur la région des reins ne provoque aucune douleur. La tumeur urineuse, largement fendue sur la ligne médiane avec le thermo-cautère, laisse écouler un mélange d'urine et de pus. L'amélioration est rapide, le malade reprend connaissance, la température descend à 36°,6, et tout danger immédiat semble conjuré.

Les jours suivants, la tumeur périnéale se résout, la plaie se détergе et se rétrécit, de sorte qu'à la fin du mois elle est réduite à un simple trajet fistuleux, qui donne passage à une notable partie de l'urine.

Voici le tracé thermométrique de cette première période :

1er	novembre.	Jour de l'exploration du canal.			
	—	Matin.	37°,4	Soir.	38°,2
2	—	—	37°,6	—	37°,6
3	—	—	37°	—	36°,6
4	—	—	36°,6	—	37°,2
5	—	—	36°,5	—	37°,6
6	—	—	36°,8	—	37°,6

A partir de ce moment et jusqu'à la fin du mois, le tracé oscilla très régulièrement entre 36°,8 et 37°,4. Je ne le reproduis donc pas.

L'état général était redevenu très bon, mais la miction était toujours gênée; l'urine s'écoulait difficilement par le méat. J'avais cherché plusieurs fois à pénétrer dans la vessie, mais j'étais toujours arrêté à la région profonde par un corps dur et rugueux. Je portai en conséquence le diagnostic de calcul arrêté dans l'urèthre et me décidai à opérer.

Le patient fut purgé et baigné, et le 30 novembre au matin, le ther-

momètre marquant 36°,4, comme tous les jours précédents, je procédai de la manière suivante.

L'anesthésie obtenue, je portai dans le canal, par le méat, un petit cathéter métallique qui à ma grande surprise, après avoir rencontré le calcul, le dépassa facilement et entra dans la vessie. L'obstruction du canal avait donc pour double cause le corps étranger d'abord, puis le spasme du canal, et non point un rétrécissement uréthral dans le sens littéral du mot. En même temps une sonde cannelée, introduite dans la fistule périnéale et dirigée vers la portion membraneuse, heurta également la concrétion pierreuse à 3 centimètres de profondeur.

L'opération dès lors devenait très facile. J'incisai le périnée de haut en bas sur la rainure de la sonde cannelée, dans l'étendue de 4 centimètres environ, et à peine avais-je atteint le bout de la rainure qu'un calcul du volume d'une moyenne noisette s'engageait de lui-même dans la plaie et tombait dans ma main.

Je portai aussitôt l'index dans la brèche que je venais d'ouvrir, et j'engagai mon ongle dans la rainure du cathéter, qui était resté en place.

Il était indiqué d'explorer la vessie, pour savoir si elle ne renfermait pas d'autre corps étranger. En conséquence, je glissai sur le cathéter un lithotome simple, à l'aide duquel je fis, sur la ligne médiane, en arrière, un débridement de quelques millimètres, qui fut suivi de l'expulsion de deux ou trois cuillerées d'une urine trouble et fétide. Je glissai mon doigt le long du cathéter, et je pénétrai dans la cavité vésicale, que je trouvai petite, peu extensible, et sillonnée de colonnes, mais ne renfermant aucun corps étranger.

Je me contentai donc d'y placer une grosse sonde de caoutchouc rouge, et de la laver avec une solution tiède d'eau phéniquée.

Toute cette opération avait été faite très vite et très simplement. L'incision périnéale, pratiquée au thermo-cautère, avait été exsangue. Le débridement de l'urèthre et du col de la vessie avait laissé couler à peine 20 grammes de sang. La durée totale de la séance, y compris le lavage de la vessie, n'avait pas excédé huit à dix minutes. J'étais donc fort satisfait, et ne mettais guère en doute la guérison prochaine.

Comme pansement, je recommandai de continuer la désinfection de la vessie avec une solution d'acide borique, portée à l'aide de la sonde de caoutchouc rouge laissée à demeure ; sur le périnée, applications réitérées de compresses imbibées d'eau phéniquée ; pulvérisation prolongée, si les phénomènes inflammatoires locaux s'accentuaient.

Le malade, réveillé et porté dans son lit, se sentit fort bien dans la journée; le thermomètre toutefois monta le soir à 38°,5, c'est-à-dire de 2 degrés; mais je vis là un accès de cette fièvre cavitaire bien facile à comprendre avec l'état de la vessie et les qualités septiques de l'urine.

D'ailleurs, le lendemain matin, 1er décembre, on était revenu à 36°,8, le matin, et 37°,4 le soir.

2 décembre. — Ascension notable, le thermomètre marque le matin 38°,6 et le soir 39 degrés ; je cherche les causes de ce retour fébrile. Deux explications se présentaient : d'abord le scrotum était redevenu tuméfié et rouge; puis on trouvait dans la plaie périnéale, d'ailleurs exempte de gonflement inflammatoire, un caillot du volume de la dernière phalange de l'index, d'une odeur très fétide, et qui paraissait s'être formé pendant la nuit précédente. Je pensai donc avoir affaire ici soit à une fièvre inflammatoire par dermite ou lymphangite du scrotum, soit à une fièvre septico-traumatique par absorption du poison si redoutable que renferme le sang en voie de putréfaction.

Si ces hypothèses étaient vraies, le traitement était fort simple : faire sur les bourses des applications antiphlogistiques, puis déterger et désinfecter la plaie périnéale. En conséquence, j'ordonnai la pulvérisation phéniquée sur la région ano-génitale, après avoir soigneusement débarrassé la plaie du sang putride qu'elle contenait.

Toutefois je n'étais pas très sûr de mon diagnostic, et je soupçonnais quelque complication viscérale; j'y étais conduit par cette hémorrhagie secondaire, par ce suintement sanguin de la plaie, phénomène insolite et inexplicable par les seules conditions locales, puisque les parties superficielles avaient été divisées au fer rouge, et que l'écoulement primitif venant de la profondeur s'était arrêté de lui-même et très rapidement.

Je songeai tout d'abord au rein, parce que la langue était sèche, qu'au commencement du mois nous avions eu une attaque d'urémie, que les hémorrhagies secondaires sont fréquentes en cas de lésions rénales anciennes, et que ces lésions anciennes constituent, en quelque sorte, la règle chez les sujets atteints depuis longtemps de dysurie.

Néanmoins je fus un peu dérouté par l'absence de frisson au début de l'ascension thermométrique et de sueur à la fin, et par l'insensibilité à la pression forte des régions lombaires.

D'ailleurs l'examen chimique des urines, pratiqué à diverses reprises, avait été jusqu'alors négatif, et n'avait donné qu'un faible

nuage albumineux sans signification, puisqu'il y avait cystite chronique et présence de pus dans l'urine. Cependant je recommandai de recueillir autant qu'on pourrait de ce liquide, soit par le méat, soit par la plaie du périnée.

L'incertitude des causes de la fièvre ne m'empêcha pas d'instituer un traitement. Me plaçant au point de vue le plus sérieux, j'attaquai la néphrite problématique avec les ventouses sèches sur les régions rénales, le sulfate de quinine et le régime lacté.

3 décembre. — Point d'amélioration; température le matin à 38°,6, le soir à 39°,4; soif vive; anorexie complète; langue sèche au centre; altération profonde des traits; le scrotum a diminué de volume; la plaie n'est point enflammée. Le point de départ de la fièvre n'est donc pas dans les lésions externes. L'urine, recueillie en petite quantité et filtrée avec soin, donne cette fois un précipité abondant d'albumine.

La néphrite n'est donc plus douteuse; aussi, malgré la continuation du traitement indiqué plus haut, l'état va en s'aggravant sans cesse, et le malade succombe le 8 décembre au soir, neuf jours juste après l'uréthrotomie.

Voici le tracé de ces neuf jours :

30 novembre.	Opération.				
—	Le matin,	36°,4	Le soir,	38°,5
1er décembre.	—	36°,8	—	37°,4
2 —	—	38°,6	—	39°
3 —	—	38°,5	—	39°,4
4 —	—	37°,2	—	40°,2
5 —	—	38°,6	—	40°,6
6 —	—	38°,6	—	39°,8
7 —	—	38°,6	—	39°
8 —	—	35°,8	—	37°,2

Mort pendant la nuit.

Autopsie. — Urèthre à peu près sain dans les régions spongieuse et prostatique. Le débridement médian du col vésical et de la muqueuse prostatique est à peine reconnaissable. En revanche, portion membraneuse dilatée, à parois très épaisses, en suppuration, largement ouverte à sa face inférieure par l'opération d'extraction du calcul.

La vessie présente les lésions de la cystite chronique; elle est très réduite en dimensions, à parois denses, à colonnes saillantes, à muqueuse villeuse, exulcérée par places. Prostate saine.

Le rein droit n'existe pour ainsi dire plus; il mesure à peine

5 centimètres de long sur 2 d'épaisseur; il est dur, ratatiné, et physiologiquement anéanti.

Le rein gauche au contraire est un peu plus gros que d'habitude, mais il présente les caractères de la néphrite chronique : induration, adhérences de la capsule, kystes superficiels multiples, sur laquelle est venue se greffer une néphrite aiguë.

C'est donc par le rein qu'est mort cet homme. La fièvre qui s'est déclarée au troisième jour était donc une fièvre d'origine rénale due à l'aggravation soudaine d'un état morbide antérieur et non point une fièvre traumatique simple ou septico-traumatique.

J'ai rapporté ce fait avec de longs détails, pour montrer précisément les difficultés qu'offre parfois le diagnostic et la façon dont on parvient pourtant à le poser, grâce à une analyse minutieuse du présent et surtout du passé.

Quelques jours plus tard, je pratiquai une opération analogue également suivie d'une réaction intense. Cette fois encore, la fièvre n'était point traumatique, mais résultait du rappel d'une inflammation qui avait sévi précédemment et que j'avais eu le tort de croire éteinte. C'était encore un bel exemple de fièvre épitraumatique *par inflammation rappelée.*

Voici sommairement rapporté ce fait curieux.

Obs. VIII. — Jeune garçon, grêle, chétif, exempt néanmoins de toute maladie constitutionnelle, atteint de rétrécissement infranchissable de l'urèthre, suite de fracture du pubis.

Point de rétention, mais miction goutte à goutte; urèthre libre jusqu'à la portion membraneuse; périnée sain et souple; une fistule qui avait donné autrefois issue à des esquilles était cicatrisée. Urines assez claires, nul indice de cystite ni de néphrite.

Nous tentons à plusieurs reprises, mais en vain, de franchir l'obstacle. Ces essais amènent le 2 décembre une légère irritation du méat urinaire qui s'accompagne d'un peu de gonflement du prépuce et d'un écoulement uréthral muco-purulent qui dure deux ou trois jours.

En même temps, fièvre éphémère avec frisson et douleur inguinale à gauche. On reconnaît sans peine une lymphango-adénite qui dure deux ou trois jours.

Je fais entourer le pénis de compresses résolutives et placer des cataplasmes sur le pli de l'aine. Les bains, un purgatif, la diète, complètent le traitement, qui fait rapidement justice de la compli-

cation. Naturellement, toute exploration, tout cathétérisme sont suspendus jusqu'à nouvel ordre.

Au bout de deux semaines, lorsque les parties me semblent complètement revenues à l'état normal, je me décide à agir, la santé générale paraissant s'altérer un peu. Le 17 décembre, je tente donc l'uréthrotomie externe sans conducteur.

Un cathéter métallique étant poussé dans l'urèthre jusqu'à l'obstacle, j'ouvre le canal avec le thermo-cautère sur la ligne médiane et dans l'étendue de 10 à 12 millimètres. Je cherche alors à retrouver la lumière du rétrécissement, qui se trouve précisément au niveau de l'aponévrose moyenne. Mes efforts restent infructueux, et au bout de vingt minutes environ de recherches, j'abandonne la partie, sachant que ces opérations, lors même qu'elles ne sont pas achevées séance tenante, produisent de bons résultats ultérieurs et qu'elles ne sont pas bien graves par elle-mêmes quand on ne laboure pas le périnée et les alentours de la prostate.

J'avais conduit mes explorations profondes avec patience et douceur et n'avais certainement pas causé de grands dégâts. La plaie périnéale, qui d'ailleurs avait été faite en grande partie au thermo-cautère, fut lavée à l'eau phéniquée forte. Quelques petits vaisseaux divisés dans la profondeur donnent un peu de sang. Je plaçai une petite éponge imbibée d'eau phéniquée forte au fond de la solution de continuité, éponge qui fut retirée deux heures après.

Le premier jour se passa assez bien; douleur modérée, légère ascension de la température; dès les premières heures, l'urine passait facilement par la plaie périnéale. Le lendemain, les choses changèrent, le bout de la verge et surtout le scrotum rougirent et se tuméfièrent; on aurait pu croire à une infiltration d'urine commençante. En même temps, malaise, frisson, altération des traits, soif, inappétence; bref, état général mauvais. Le pouls était rapide, la température élevée.

Je ne vis pas l'opéré, ce jour-là, mais seulement le lendemain, où je trouvai les choses sensiblement pareilles. Les phénomènes locaux étaient même plus accentués et la température plus haute (voy. le tracé ci-dessous).

Mes élèves étaient assez inquiets; je pus bientôt les rassurer; les urines n'avaient pas cessé de couler par la plaie périnéale. Les régions lombaires étaient tout à fait indolentes; la langue n'était point sèche.

En soulevant les bourses tuméfiées, on voyait la plaie opératoire en très bon état, béante, mais non tuméfiée à son pourtour;

d'ailleurs indolente spontanément et à la pression. Les accidents n'en partaient point. Le scrotum était très gonflé, il est vrai, mais il n'y avait point d'infiltration; il s'agissait tout simplement d'une lymphangite diffuse. Enfin la véritable cause de la fièvre résidait dans une lymphangite double, partie encore du méat urinaire et de ses alentours et provoquant une double adénite du pli de l'aine. On reconnaissait sans difficulté la première à une coloration rose diffuse, allant du bout de la verge aux régions inguinales, et la seconde à une tuméfaction des ganglions avec sensibilité vive au toucher.

Alors je pus reconstruire cette étiologie. L'introduction et le maintien du cathéter dans le canal pendant vingt minutes avaient renouvelé l'irritation des premières manœuvres. Les lymphatiques du gland et du prépuce s'étaient enflammés de nouveau. La lymphangite s'était propagée d'une part au scrotum, de l'autre aux ganglions, le tout avec les symptômes généraux ordinaires.

La plaie périnéale, c'est-à-dire le foyer traumatique principal, était restée étrangère à tout cet orage. Je prescrivis simplement un purgatif, les boissons délayantes, puis sur la lymphangite et l'adénite des onctions avec l'onguent napolitain belladoné.

La résolution ne se fit que vingt-quatre heures après, mais elle était complète le sixième jour, de sorte que mon diagnostic se trouva confirmé.

17	décembre.	Jour de l'opération.			
		Matin.	36°	Soir.	37°,8
18	—	—	37°,6	—	39°,2
19	—	—	38°,4	—	40°,2
20	—	—	38°,4	—	40°,2
21	—	—	38°,2	—	38°,4
22	—	—	37°,2	—	38°,2
23	—	—	37°,4	—	37°,5
24	—	—	36°,6	—	37°

Si la précision du diagnostic n'a pas eu grande utilité pour le malade atteint de néphrite chronique, elle nous a permis au moins de porter un pronostic favorable pour le sujet de la dernière observation. Cette précision a surtout servi dans le cas suivant, aussi intéressant que démonstratif, et qui a ce grand mérite d'avoir été recueilli loin de moi, hors de mon service, par un de mes meilleurs disciples, M. le docteur Routier, chef de la clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité.

Obs. IX. — B. H..., vingt-huit ans, de belle apparence, entre à la Charité le 30 octobre 1883, pour un abcès du sein gauche consécutif à l'interruption de la lactation. Originaire de la Vendée, d'un village où règnent les fièvres intermittentes, elle en a été atteinte à douze ans; pas d'autres maladies graves. Deux accouchements antérieurs sans accidents; troisième accouchement, facile, le 17 septembre.

Le sein est tuméfié, surtout dans son segment inféro-externe, qui est dur, chaud, rouge et douloureux. Près de l'aréole se trouve un point manifestement fluctuant.

Pour faire passer le lait, on donne le 31 octobre et le 1er novembre 30 grammes d'huile de ricin.

Le 31 octobre, M. Terrillon m'ayant confié le traitement de cette malade, j'ouvre l'abcès au bistouri, en prenant toutes les précautions antiseptiques; issue d'un demi-verre de pus bien lié; je place un drain qui pénètre à trois centimètres au moins, et par-dessus un pansement de Lister rigoureux.

Quel fut mon étonnement en trouvant le soir la malade brûlante, la température à 40°,8, le pouls rapide, avec agitation, parole brève, état général grave. Je pensai immédiatement à un érysipèle, complication dont nous avait menacé M. Berger, qui quittait le service, comme survenant d'ordinaire à la suite de l'incision des abcès du sein. Cette préoccupation me fit négliger ce que la malade m'avait dit de ses fièvres intermittentes antérieures.

Le lendemain matin la fièvre était moins forte (38 degrés); ce ne fut pas toutefois sans émotion que je défis le pansement. Je trouvai le sein très dégonflé, ne portant plus trace de son inflammation; une ou deux gouttes de sérosité avaient passé par le tube; je l'enlevai, et après l'avoir nettoyé je le raccourcis de 15 millimètres, puis je refis un pansement de Lister aussi soigneusement que possible. Alors que je me souvins des fièvres antérieures, et je prescrivis pour l'après-midi 1 gramme du sulfate de quinine en deux doses.

Le soir la malade avait encore 39°,2, et j'allais m'inquiéter encore de cet état, quand j'appris que la quinine avait été oubliée. Je fis des recommandations pour le lendemain; la quinine fut prise et continuée trois jours; dès le 2 novembre la température est redescendue à 37°,5 et s'est maintenue à ce degré, oscillant de quelques dixièmes jusqu'au 15 novembre, où la malade est sortie parfaitement guérie. Je lui avais recommandé de revenir si elle avait quelque nouvel accident; je ne l'ai pas revue.

« Cette élévation subite de la température, ajoute M. Routier,

avec un état général grave, n'a jamais trouvé son explication dans l'état local de la partie malade; je crois donc qu'il est difficile de nier dans ce cas un retour de fièvres intermittentes provoqué par l'abcès du sein et son ouverture. Le résultat de la médication ne peut du reste que confirmer cette opinion. »

A l'appui de la proposition IV, destinée à mettre en lumière la pluralité des fièvres qui peuvent succéder à une affection traumatique et la récidive possible d'une même forme, nous citerons l'observation suivante :

Obs. X. — Une femme de quarante-neuf ans, jouissant d'une santé satisfaisante et atteinte seulement d'eczéma chronique, est opérée le 23 octobre d'une tumeur du sein avec engorgement ganglionnaire[1]. J'enlève comme de coutume en pareil cas toute la mamelle avec la peau qui la recouvre et l'aponévrose du grand pectoral, puis j'extirpe tous les ganglions axillaires engorgés en suivant le faisceau vasculo-nerveux presque jusqu'à la clavicule.

Comme d'habitude aussi, je lave la plaie avec la solution phéniquée forte et j'applique le pansement antiseptique ouvert.

En enlevant les ganglions axillaires, je procède toujours par énucléation, déchirure du tissu conjonctif et application de fortes et nombreuses ligatures en masse, jetées sur les vaisseaux avant de les couper. Je reproduis donc exactement les conditions des plaies contuses avec corps étrangers (représentés ici par le faisceau des fils) et je m'attends à avoir, malgré l'antisepsie, une fièvre précoce. Voici en effet quel fut le tracé des trois premiers jours :

Opération le 23,	matin.			Soir,	38°,4
Le 24,	—	39°,5		—	39°,9
Le 25,	—	38°		—	38°,8

Je n'en fus pas plus alarmé que surpris, car l'élévation de température ne s'accompagnait d'aucun symptôme général fâcheux, et sans l'emploi du thermomètre la fièvre aurait facilement passé inaperçue.

En revanche, je m'attendais à l'apyrexie à partir du quatrième ou du cinquième jour, au plus tard; aussi m'étonnai-je de la marche que prit le tracé.

1. L'observation de cette femme, prise à un point de vue tout autre que celui que nous traitons ici, a été publiée *in extenso* dans la *Semaine médicale* du jeudi 27 décembre.

26	Matin,	38°	Soir,	38°,6
27	—	38°	—	37°,8
28	—	38°,6	—	38°
29	—	38°,6	—	39°
30	—	38°	—	39°

Bien que l'état général continuât à être excellent et que la détersion de la plaie se fît de la manière la plus normale, il n'y en avait pas moins un second mouvement fébrile assez prononcé et méritant considération. Aussi en cherchâmes-nous la cause avec persévérance.

Cette cause fut découverte par mon interne, M. Ozenne, qui tous les matins faisait le pansement avec le plus grand soin. La plaie présentait en arrière, près du bord postérieur de la cavité axillaire, un sinus de 4 centimètres environ de profondeur, largement ouvert en avant, mais qui, en raison de sa position déclive, était habituellement rempli par un mélange de pus et d'eau phéniquée provenant des pansements et de la pulvérisation dont on faisait deux ou trois séances par jour.

Nous avions remarqué, sans y attacher beaucoup d'importance, que le matin le pus avait une odeur assez fétide que le pansement faisait disparaître, ce qui, soit dit en passant, expliquait pourquoi à deux reprises, le 27 et le 28, la température du soir avait été plus basse que celle du matin.

Or, le 1er décembre au matin, le thermomètre marquait 38 degrés comme de coutume. M. Ozenne s'avisa, pour débarrasser complètement le sinus en question du pus qu'il contenait, d'y pousser une injection d'eau phéniquée tiède. L'évacuation du liquide permit alors de voir au fond de la plaie un corps noirâtre imprégné de pus très fétide, qui n'était autre qu'une petite plaque d'amadou de 2 centimètres de long sur 15 millimètres de large qui, placée le surlendemain de l'opération sur un point saignant de la plaie, avait glissé sans doute et en tout cas était restée depuis inaperçue.

La présence du corps étranger chargé de matières septiques était si bien cause de la fièvre prolongée, que son ablation amena sur-le-champ l'abaissement de la température.

Voici dès lors ce que devint le tracé :

1er décembre.		Matin,	38°	Soir, 36°,9
2	—	—	37°	— 37°,2
3	—	—	36°,9	—

Mais cette apyrexie ne fut pas de longue durée. Un nouveau mouvement fébrile, continu, s'établit, régulier, bénin, il est vrai, sans retentissement appréciable ni sur l'état local, ni sur le fonctionnement des grands organes, mais néanmoins ne permettant pas encore de croire au retour de l'état normal.

Cette période dura cinq à six jours. En voici le tracé :

3	décembre.	Matin,		Soir,	38°
4	—	—	37°	—	38°,2
5	—	—	37°	—	38°
6	—	—	37°	—	38°,2
7	—	—	37°,2	—	38°,2
8	—	—	37°	—	38°
9	—	—	37°,6	—	37°,2
10	—	—	37°,4	—	37°,8

Dès le 5, l'examen attentif de la plaie nous avait fait soupçonner la cause de cette légère fébricule vespérale. Sur le bord du grand pectoral mis à nu par la dissection, vers la partie moyenne de ce bord, on remarquait une certaine tuméfaction et un peu de douleur au toucher; c'était un petit abcès situé à 2 ou 3 centimètres de profondeur et qui s'ouvrit le 9 au matin. Il renfermait à peine quelques grammes de pus et se ferma spontanément en deux jours.

Alors que ce petit incident semblait vidé, le thermomètre monta de nouveau très brusquement.

Il était le 11 au matin à 38 degrés, le soir à 40 degrés.

Comme précédemment, l'ascension seule indiquait l'invasion fébrile, car l'état général restait satisfaisant.

Le 12	décembre.	38°	le matin,	39°,4	le soir.
Le 13	—	37°,6	—	39°,2	—

Le 14, nous eûmes l'explication du fait. Il s'agissait cette fois d'une petite collection sous-cutanée, tangente à la plaie, et située à 4 centimètres de son bord inférieur. J'en reconnus l'existence à une petite tache rosée de la peau ; ayant appliqué là le bout du doigt, je provoquai une légère douleur et fis apparaître au milieu de la surface granuleuse quelques gouttes d'un pus crémeux bien lié.

A partir de cette époque, la température descendit assez régulièrement et la cicatrisation marcha sans encombre.

Le 14	Matin,	37°,6	Soir,	38°,8
Le 15	—	37°,8	—	39°
Le 16	—	37°,2	—	38°,4
Le 17	—	37°	—	38°,6
Le 18	—	37°	—	38°

A partir du 19, variation très légère, de 36°,8 à 37°,4.

On relève dans ce cas, d'ailleurs très vulgaire, quatre poussées fébriles : la première, due probablement, comme cela arrive dans les plaies contuses, à une combinaison d'inflammation et de septicité : *fièvre traumato-inflammatoire* ;

La seconde, évidemment occasionnée par la septicité locale, résultant du séjour du fragment d'amadou imbibé de matière putride : *fièvre septique subaiguë.*

La troisième, imputable sans doute à la rétention du pus entre le grand et le petit pectoral : *fièvre septique.*

Enfin la quatrième, engendrée plutôt par le développement dans le tissu conjonctif voisin de la plaie d'une inflammation aboutissant à la formation d'un abcès : *fièvre inflammatoire franche.*

Rien de plus commun dans la pratique que ces successions de fièvres ; rien de plus utile que leur reconnaissance, et sous ce rapport rien de mieux que de relever et de consulter sans cesse le tracé depuis le premier jusqu'au dernier jour.

J'ai observé au mois de juin dernier un cas des plus intéressants dans ce genre. Je le rapporterai brièvement sans donner de tracé.

Obs. XI. — Tumeur du sein largement ulcérée. Malgré mes efforts pour détruire les matières septiques avant l'extirpation, je note le soir même une ascension verticale de plus de 2 degrés, traduisant nettement une fièvre d'inoculation. Celle-ci, conformément à la règle, avait complètement disparu à la fin du troisième jour sous l'influence d'un traitement antiseptique local rigoureusement institué.

Le quatrième jour, apyrexie complète ; le cinquième au matin, ascension légère atteignant le soir près de 39 degrés.

Le sixième jour au matin, je reconnais sans peine ce que j'appelle familièrement la fièvre stercorale des blessés, survenant du quatrième au sixième jour quand les évacuations alvines ont manqué ou ont été insuffisantes. On en connaît les caractères : anorexie, bouche mauvaise, haleine et quelquefois sueurs un peu fétides, ventre indolent mais ballonné, etc. Notre malade en effet n'avait

pas eu de garde-robe depuis son opération. Un verre d'eau de Pullna chassa la fièvre comme par enchantement.

Le seizième jour, tout allait au mieux, la plaie était superbe, lorsque survint, sans cause bien appréciable, du malaise, un frisson, une ascension rapide de la température, dépassant 39 degrés. Le lendemain, on reconnaissait une angine herpétique.

Ici encore les trois mouvements fébriles se suivaient, mais ne se ressemblaient point.

Certaines personnes croient terminée l'histoire des fièvres chirurgicales ou, si l'on veut, de la fièvre dans les affections traumatiques. Quelques-unes s'imaginent d'ailleurs que la question a perdu son principal intérêt parce que la méthode antiseptique parvient toujours à prévenir ou à combattre l'invasion fébrile après les blessures.

Ce n'est point à ces satisfaits ou à ces crédules que je m'adresse, mais à ceux qui, tout en reconnaissant les grands progrès récemment réalisés en pyrétologie chirurgicale, savent pourtant qu'il y a beaucoup à faire encore dans les détails, et par conséquent ne contesteront pas les difficultés trop réelles qui viennent d'être signalées. Peut-être tomberont-ils également d'accord avec moi sur le point suivant : sans être irrévérencieux pour nos anciens maîtres et pour quelques-uns de nos contemporains mêmes, on peut dire que beaucoup de chirurgiens passés et présents ont été ou sont encore un peu trop naturistes. Je m'explique : un trauma chirurgical ou accidentel étant donné, et toutes ses conditions locales étant scrupuleusement notées, on applique le pansement, c'est-à-dire un traitement topique, qui, d'ordinaire, reste le même ou à peu près jusqu'à la fin de la cure.

Dans la plupart des services hospitaliers (beaucoup plus rarement dans la ville, où bon nombre de praticiens considèrent encore la recherche de la température comme une source d'information purement scientifique et partant superflue), dans les hôpitaux, dis-je, on consigne jour par jour le tracé thermométrique au moins pendant la première semaine et dans les cas d'une certaine importance. Ce tracé annonce naturellement l'apparition des fièvres diverses : septico-traumatiques aiguës ou prolongées, épitraumatiques inflammatoires, intercurrentes ou rappelées. Ces révélations du thermomètre, à moins qu'il ne s'agisse de complications graves : érysipèle, pyohémie, etc., émeuvent peu d'ordinaire les chirurgiens naturistes dont je parlais plus haut. Encore imbus d'une sorte de fatalisme en

présence des accidents traumatiques et d'une confiance robuste dans la nature médicatrice, ils constatent et laissent faire, apportant à la vérité beaucoup de soin au traitement local, mais ne faisant intervenir que fort exceptionnellement la médication interne.

Je proteste théoriquement et pratiquement contre cette sorte d'abdication du médecin, qui doit toujours doubler l'opérateur; je voudrais qu'on soignât un blessé au jour le jour, comme on le fait pour un typhique ou un rhumatisant, en partant de cette donnée incontestable que si le processus traumatique évolue parfois assez régulièrement pour rendre inutile toute assistance de l'art, parfois aussi il est traversé d'incidents multiples et divers exigeant une surveillance continue et une intervention réitérée.

Or, le thermomètre se trouve être la plus vigilante des sentinelles, une véritable boussole pour le chirurgien; aucun accident, aucune complication n'éclatent, aucune modification sérieuse ne survient dans l'état du blessé sans qu'il l'indique aussitôt. Il faut donc avoir sans cesse l'œil fixé sur lui pour mettre à profit les avertissements qu'il donne et les indications qu'il dicte, pour le faire en un mot servir autant à la thérapeutique qu'à la nosographie. Pour que le praticien soit convaincu de l'utilité grande de la thermométrie clinique, il faut sans doute qu'elle lui parle un langage clair et explicite, qu'elle s'affirme à lui comme élément majeur du diagnostic et du pronostic, qu'elle le guide enfin dans le traitement. Mais il faut aussi que ce praticien à son tour sache lire, déchiffrer, interpréter, comprendre les tracés thermométriques, ce qu'il ne peut pas toujours faire et qu'on ne s'efforce pas assez de lui apprendre.

En théorie, la thermométrie est d'une intelligence facile; en pratique elle est d'une explication malaisée. C'est tout ce que je voulais démontrer ici, heureux si quelque jeune chirurgien reprenait la question et nous donnait des règles sûres pour porter au lit du malade le *diagnostic différentiel des fièvres traumatiques et épitraumatiques.*

DE L'INFLUENCE

DES MALADIES INTERCURRENTES

SUR LE TRAUMATISME

par M. le Docteur DUNOYER [1]

[Après avoir constaté la coïncidence du traumatisme avec les autres états pathologiques, il fallait nécessairement étudier les conséquences de cette association. Mes élèves et moi, nous cherchâmes d'abord l'influence que les maladies générales exerçaient sur les traumas, et réciproquement l'action que ceux-ci pouvaient avoir sur les maladies en question.

Dans cette première partie de notre programme, la maladie était toujours supposée antérieure, préexistante à la blessure; il s'agissait toujours de malades blessés; en d'autre termes, la maladie constituait ce que j'appelle la propathie, le trauma venait après.

Mais il est clair que l'ordre des facteurs peut être interverti. Le traumatisme ouvre la marche, il frappe un sujet sain; puis survient la maladie générale; le sujet, jusqu'alors blessé simple, est métamorphosé en blessé malade.

Évidemment les causes, les conditions, les résultats de la métamorphose nécessitent une étude particulière; il importe de savoir quel changement l'intervention du second facteur apportera dans l'évolution du trauma, et aussi d'examiner jusqu'à quel point l'existence d'un trauma propathique peut modifier le développement, la terminaison, le pronostic de la maladie surajoutée.

De là un chapitre distinct à écrire, presque aussi vaste que le premier, au moins quant au cadre, mais pour lequel malheureusement

1. *Thèse inaugurale*, Paris, 1879.

les documents sont fort clairsemés. Un de mes élèves s'est chargé d'un paragraphe de ce chapitre, et il a, dans sa thèse inaugurale, traité de l'influence des maladies intercurrentes sur le traumatisme.

Certes ce travail est très incomplet, mais il a le mérite d'être le premier en son genre, car si on trouve des faits épars dans les recueils d'observations et dans les journaux, les livres classiques ne posent même pas la question. Avec le cadre tracé par M. Dunoyer et des faits nouveaux, intentionnellement recueillis, on comblerait aisément la lacune.

Suivant mon habitude, j'ai retouché la rédaction de mon disciple, mais sans changer en aucune façon le fond même du travail. — A. V., 1884.]

DE L'INFLUENCE DES MALADIES INTERCURRENTES SUR LE TRAUMATISME

Nous devons dire d'abord ce que nous entendons par maladie intercurrente, n'ayant pas trouvé dans les auteurs de définition qui nous ait satisfait [1].

Une personne atteinte de blessure accidentelle ou chirurgicale n'est point à l'abri des maladies communes, et il est fréquent de voir *les blessés* métamorphosés en *malades*. Tout porte à croire même que l'état particulier dans lequel le traumatisme met l'économie, augmente la réceptivité morbide et favorise au moins dans quelques cas la métamorphose en question.

Toutefois, les maladies survenant dans le cours du processus traumatique, c'est-à-dire dans le temps compris entre l'accident et sa guérison, ont trois origines distinctes.

1° Les premières partent évidemment du foyer traumatique sans lequel elles ne sauraient prendre naissance. Ce sont *les maladies traumatiques proprement dites* : septicémie, pyohémie, érysipèle, lymphangite, tétanos.

2° Les secondes semblent tout d'abord être indépendantes du traumatisme et n'affecter avec lui aucune relation de cause ni de nature; mais, en réalité, sans la blessure elles ne se seraient pas

1. *Maladies intercurrentes*, se dit des maladies qui surviennent dans des saisons ou dans des lieux où elles ne se manifestent ordinairement pas et qui, ainsi, viennent compliquer les maladies régnantes. *Littré et Robin*, 1865. — Cette définition ne s'applique nullement aux maladies qui traversent le cours d'une blessure et ne saurait suffire au chirurgien.

développées ou bien auraient surgi en un tout autre temps. Telles sont les maladies *traumato-constitutionnelles*, qu'on observe quand la blessure éveille ou réveille le rhumatisme articulaire ou la goutte chez un arthritique, le delirium tremens chez l'alcoolique, les fièvres intermittentes chez les paludiques [1].

3° Enfin dans le dernier groupe se rangent les maladies véritablement accidentelles, fortuites et sans liaison quelconque avec le trauma. La liste en est longue; variole, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, choléra; maladies contagieuses en général, maladies endémiques provenant des conditions météorologiques et de l'état particulier du milieu où vit le blessé. On les qualifierait très exactement de *maladies mésologiques*. Mais comme ce terme risquerait d'être mal compris, nous proposons de leur appliquer la dénomination mieux connue de *maladies intercurrentes* [2].

1. L'habitude de la dichotomie dans les classifications fait distinguer, au point de vue de la pathogénie, les mêmes lésions, affections et maladies en deux classes, suivant que la violence intervient ou n'intervient pas dans leur génèse; c'est ainsi qu'on oppose les fractures, luxations, hémorrhagies, névralgies, arthrites, le tétanos, la pyohémie, l'érysipèle *traumatiques*, aux fractures, luxations, hémorrhagies, névralgies, etc., dites *spontanées*. On oublie ainsi de faire une place pour les cas, très communs en pratique, dans lesquels lésions, affections et maladies résultent du concours de la violence et d'une prédisposition locale ou constitutionnelle préexistante, cas qu'un seul des agents pathogéniques n'aurait pu faire naître. J'appelle *traumato-pathologiques* les lésions, affections ou maladies nées de cette association de causes. — A. V., 1884.

2. L'épithète *intercurrente* convient d'autant mieux qu'elle ne préjuge ni la cause ni la nature du mal et indique simplement l'intervention d'un fait nouveau qui survient et s'interpose.

Le terme de *maladie mésologique*, au contraire, doit conserver un sens très précis, signifiant que le mal a sa cause dans le milieu ambiant et non ailleurs, Mais alors il faudrait réunir en une seule la première et la troisième catégories de M. Dunoyer; en effet tout tend à prouver que les *maladies traumatiques*, septicémie, pyohémie, érysipèle, etc., tout comme la variole, la scarlatine, la coqueluche, le choléra, etc., proviennent de germes suspendus dans l'atmosphère ambiante.

La différence résiderait en ceci que les premiers germes s'introduisent presque exclusivement par effraction, c'est-à-dire par trauma, tandis que les autres pourraient pénétrer par d'autres voies et sans solution de continuité préparatoire, différence importante d'ailleurs et qui serait facilement traduite si on appelait *traumato-mésologiques* les maladies du premier groupe, et *mésologiques proprement dites* celles du second.

Ceux que cette nomenclature nouvelle effaroucherait quelque peu doivent se persuader que la classification des états morbides tend de plus en plus — et c'est un grand bonheur — à dériver de l'étiologie et de la pathogénie, que par conséquent les cadres anciens doivent être remplacés et que pour les groupements nouveaux il faut des termes nouveaux.

J'ajoute qu'au lieu de se raidir contre un mouvement irrésistible, il vau mieux se mettre en marche et chercher à régulariser le mieux possible les réformes nécessaires. — A. V., 1884.

Au point de vue spécial qui nous occupe, nous appellerons donc maladie intercurrente celle qui atteint un blessé pendant le cours du processus traumatique et qui, ne dérivant ni de la blessure, ni de la constitution du patient, provient exclusivement du milieu.

La plupart des auteurs ont entrevu, quelques-uns mêmes ont signalé d'une manière générale l'influence que les maladies intercurrentes peuvent exercer sur la marche du traumatisme, mais aucun n'en a fait l'objet d'une étude spéciale.

Ce ne sont pas cependant les occasions qui manquent, car il n'est pas rare de voir dans le cours d'une affection traumatique se développer une maladie aiguë ; mais l'attention des observateurs n'étant pas attirée de ce côté, on a, jusqu'à présent, signalé simplement le fait sans y insister davantage. Aussi, malgré de nombreuses recherches dans les auteurs et les recueils périodiques, n'avons-nous trouvé qu'un petit nombre de cas assez détaillés pour être utiles. Nous les avons réunis à quelques observations recueillies pendant notre externat; elles portent surtout sur l'embarras gastrique, l'amygdalite et les fièvres éruptives. Avec si peu de matériaux, nous n'avons pas la prétention de remplir le cadre que nous avons dressé.

Quand un blessé est atteint d'une maladie intercurrente, quatre cas peuvent se présenter :

1° Le traumatisme et la maladie intercurrente suivent leur marche normale, sans s'influencer l'un l'autre.

2° La maladie intercurrente trouble la marche de la blessure.

3° La maladie intercurrente est troublée dans sa marche par la blessure.

4° Les deux états morbides s'influencent mutuellement.

Un assez grand nombre de faits permet de soutenir la première proposition. Si le blessé jouit d'une santé parfaite, la blessure ne présente rien de spécial.

Mais l'influence exercée sur le traumatisme par la maladie intercurrente est souvent constatatée. Comme on dit que l'œil est le miroir du cerveau, et la langue celui de l'estomac, la blessure reflète, dans beaucoup de cas, l'état de l'organisme tout entier. Il n'est pas même besoin d'une affection grave pour produire des modifications du trauma. Une émotion violente, une mauvaise nouvelle suffisent : les plaies prennent alors mauvais aspect. Dupuytren, dans ses *Leçons orales*, en cite plusieurs cas[1].

On voit quelquefois la maladie intercurrente, conformément à la

1. Assimiler une perturbation morale à une affection intercurrente semble

troisième proposition, modifiée par le traumatisme. La variole, la scarlatine présentent alors une marche particulière.

Enfin, dans certains cas, la maladie intercurrente et le processus traumatique exercent en même temps l'un sur l'autre une influence marquée. C'est le cas de beaucoup le plus fréquent[1].

Nous poursuivrons peu l'explication des phénomènes; nous citerons surtout des faits.

INFLUENCE DE LA MENSTRUATION SUR LE TRAUMATISME

Expression d'une fonction physiologique, l'écoulement des règles se passe chez le plus grand nombre des femmes sans troubles marqués dans la santé générale; mais chez quelques-unes, la menstruation équivaut à une véritable maladie. En tout cas, elle retentit parfois du côté des plaies opératoires ou ulcéreuses[2].

tout d'abord singulier; mais le rapprochement paraît admissible quand on songe aux troubles nombreux et variés que les émotions apportent dans l'accomplissement des fonctions les plus importantes. Si l'on se rappelle qu'une émotion pénible arrête les règles, provoque la diarrhée, réveille une ancienne affection du foie (ictère moral), suspend les mouvements du cœur, et enfin modifie profondément la composition de l'urine, on comprend qu'elle occasionne une sorte de dyscrasie soudaine très capable d'influencer les actes réparateurs.

La chirurgie moderne ne se préoccupe pas beaucoup de ces faits, et c'est un grand tort. En effet, l'habileté manuelle des opérations, la perfection des appareils et des instruments et toutes les ressources présentes et à venir de l'antisepsie ne changent rien aux rapports existants entre le physique et le moral. De toutes les découvertes récentes, de tous les progrès qui font la gloire de notre époque, l'anesthésie est peut être la seule qui ait prise sur cet ordre de causes, et encore elle n'agit qu'avant la blessure. — A. V., 1884.

1. Cette dernière opinion est très hasardée; elle ne pourrait être imposée d'ailleurs qu'à l'aide de faits très nombreux. A mon sens, les éventualités les plus communes sont celles qu'énoncent les deux premières propositions, l'indépendance réciproque et l'action de la maladie intercurrente sur la marche du trauma.

Debout disait à ce propos, en 1855, que l'arrêt du travail de consolidation dans les fractures chez l'enfant, est fréquemment déterminé par une affection intercurrente, telle que la variole, la rougeole, etc. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1855-56, t. VI, p. 262). — A. V.

2. Ce que j'ai dit plus haut des perturbations morales, *états extra-physiologiques passagers*, pourrait s'appliquer à la menstruation, ainsi qu'à une série d'autres états temporaires qui sont intermédiaires entre les conditions physiologiques habituelles et les conditions manifestement pathologiques : je veux parler de la grossesse, de la lactation, de la ménopause, de la puberté peut-être. Comme dans le cas d'excès fonctionnels violents ou prolongés, on peut admettre que les états physiologiques précités amènent une dyscrasie plus ou

En voici deux exemples :

Obs. I. — *Énorme sarcome de la région postérieure de la cuisse. Ablation. Troubles du côté de la plaie à chaque menstruation.*

B... L..., robuste paysanne de trente-cinq ans, entre dans le service de M. Verneuil, à la Pitié; tumeur plus grosse que la tête d'un fœtus à terme, située à la région moyenne de la face postérieure de la cuisse et parfaitement mobile sur les parties profondes. Depuis deux mois elle s'est ulcérée à son centre. Aucun signe de généralisation, état général excellent. B... n'a jamais été malade; à peine a-t-elle eu quelques douleurs rhumatismales subaiguës. Depuis l'âge de quinze ans, menstruation régulière, durant chaque mois cinq à six jours, sans souffrance et en quantité normale.

M. Verneuil pratique, le 5 avril, l'ablation de la tumeur, avec le thermo-cautère et le bistouri. Il en résulte une plaie de plus de 15 centimètres de hauteur sur presque autant de largeur. Suites

moins profonde, plus ou moins durable, qui théoriquement est bien capable d'exercer une action fâcheuse sur le processus traumatique local et sur l'ensemble des actes réparateurs.

On pourrait en dire autant du coït, acte physiologique sans doute, mais qui chez les blessés et chez les malades est au moins un anachronisme.

Dans un article intéressant sur l'influence des excitations génésiques sur la marche et les complications des plaies (*Lyon médical*, 1882, vol. XXXIX, p. 187 et 226), M. Poncet rapporte sept observations d'affections chirurgicales diverses aggravées manifestement par le coït pratiqué pendant leurs cours au moment de la convalescence. L'auteur cite à ce propos des expériences personnelles faites par un interne des hôpitaux de Lyon et montrant que la température augmente de quelques dixièmes de degré pendant le coït et diminue beaucoup plus après cet acte. Il en conclut qu'on pourrait comparer le coït au traumatisme, et d'après cet abaissement de température, placer ce qu'il appellerait volontiers le *choc génital* à côté du choc traumatique, réveillant parfois les états diathésiques et laissant toujours le blessé, pendant un certain temps, dans des conditions de moindre résistance. En tout cas, il résulte de ses observations « qu'à une période quelconque d'une plaie ou dans la convalescence des affections chirurgicales, le coït peut être la cause de complications plus ou moins graves; la continence doit donc être sévèrement recommandée.

« S'il n'intervient pas pour une large part dans les maladies des blessés, il constitue néanmoins une cause de danger dont il faut tenir compte. »

En 1852, Saurel avait déjà mentionné l'influence fâcheuse du coït après une amputation (*Revue de thérap. du Midi*, Montpellier 1852, t. III, p. 590). — On trouvera encore des faits analogues dans Baraduc, *De l'ulcération des cicatrices récentes symptomatiques de la nymphomanie ou de l'onanisme*. Paris, 1872.

Je signalerai encore, comme cause d'accidents chirurgicaux possibles, l'exposition des plaies au froid, dont j'ai donné précédemment plusieurs exemples. (Voir *Mémoires de chir.*, t. II, p. 482). — A. V., 1884.

immédiates bonnes; plaie pansée avec la tarlatane et la charpie imbibée d'une solution phéniquée à 2 pour 100.

A la fin du mois d'avril, bourgeons charnus roses et vermeils donnant en abondance un pus crémeux et bien lié; alors les règles parurent, la suppuration diminua, devint séro-purulente, la plaie un peu douloureuse prit une coloration rouge noirâtre; à chaque pansement, petites hémorrhagies à sa surface. Cependant les règles n'étaient ni plus abondantes, ni plus douloureuses que de coutume et se terminaient le cinquième jour. Le surlendemain la plaie reprenait l'aspect normal.

Aux règles de la fin de mai, on constata des troubles locaux en tout semblables à ceux du mois précédent.

A la fin de juin les règles se passèrent sans qu'aucun phénomène particulier se produisît du côté de la plaie; celle-ci d'ailleurs ne présentait plus qu'une petite étendue.

La malade partit pour achever sa guérison dans son pays[1].

Ainsi, sous l'influence de la menstruation, on a vu se produire une congestion intense de la plaie et de petites hémorrhagies; on se rappelera peut-être que ces accidents sont habituels pour les plaies qui siègent dans la zone génitale, et que les chirurgiens savent combien nuit aux opérations réparatrices du vagin le retour prématuré du flux cataménial. La plaie de notre malade était située à la partie moyenne de la cuisse, par conséquent hors de la zone génitale.

Le second cas d'ailleurs n'est pas passible de la même objection.

Obs. II. — Jeune fille de vingt-trois ans, depuis près de quatre mois à la Charité, dans le service de M. Bourdon. Depuis l'enfance, accidents scrofuleux : engorgements ganglionnaires, adénites suppurées, lésions osseuses superficielles en divers point du corps, etc. Aujourd'hui, ulcérations scrofuleuses malignes sur le voile du palais, sur le bord et le dos de la langue; aucune trace de syphilis. On combat le mal avec l'huile de foie de morue à haute dose, l'iodure de potassium, la viande crue, les toniques, etc. Grâce à ce traitement, auquel on associe des applications locales de coaltar saponiné, de teinture d'iode, de jus de citron, les ulcérations grisâtres se détergent et bourgeonnent; la cicatrisation est sur le point de

1. Cette observation est publiée d'autre part dans mon mémoire sur les vomissements dus au chloroforme. (*Bull. de la Société de chirurgie*, 1878, p. 554, Obs. II).

s'achever. Mais les règles arrivent, très peu abondantes et difficiles; aussitôt les ulcérations, jusqu'alors indolentes, deviennent très douloureuses, blafardes; la cicatrice récente se détruit et l'ulcération se produit en peu de jours, envahissant même des parties nouvelles. Cet état grave persiste quelques jours après les règles; puis peu à peu le traitement répare le mal. En quatre mois, on observe quatre rechutes semblables.

Bien qu'il ne s'agisse pas ici de solutions de continuité traumatiques, mais d'ulcérations diathésiques, cette intéressante observation montre bien l'influence fâcheuse des règle sur le *locus minoris resistentiæ* d'un sujet à constitution mauvaise. Il faut tenir grand en compte, en tout cela, de l'état général de la malade : car les règles ne sont que la cause occasionnelle [1].

INFLUENCE DE L'EMBARRAS GASTRIQUE SUR LE TRAUMATISME

L'embarras gastrique s'accompagne toujours d'un mouvement fébrile plus ou moins marqué, mais comme il constitue plutôt une indisposition qu'une maladie, il présente, à notre point de vue, quelques particularités dignes d'attention.

L'embarras gastrique, assez fréquent dans les salles de chirurgie, n'est pas une conséquence forcée du traumatisme, lequel agit cependant comme cause indirecte de troubles gastriques, par le mécanisme suivant. Les gens actifs, lorsqu'ils sont blessés, changent brusquement de genre de vie, obligés de garder le lit, le repos, l'immobilité, ils reçoivent cependant, pour la plupart, dans les hôpitaux, une nourriture plus substantielle et plus abondante que celle qu'ils prenaient pendant leurs travaux. Bientôt, sous l'influence de ces modifications dans le régime, les occupations et les habitudes, des symptômes d'embarras gastrique se développent. Les gens nouvellement arrivés de la province et les campagnards y sont tout particulièrement exposés.

Les chirurgiens attentifs attachent à ces faits une grande im-

1. Voir sur cette intéressante question : la thèse inaugurale de M. Cauchois, qu'on trouvera plus loin; — Fleury, *Bull. Soc. de chir.*, 1863, p. 475, et *Congrès de l'assoc. franç.* à Alger, 1881, p. 850, — et les deux mémoires de M. Terrillon, in *Progrès médical*, 1874, p. 737 et suiv., et *Annales de gynécologie*, 1882, t. XVIII, p. 161.

portance; hors les cas d'urgence, ils diffèrent l'opération jusqu'à ce que le malade soit acclimaté; alors on n'a plus à compter avec les troubles gastriques.

On peut même, dans la crainte de voir le mauvais état des voies digestives nuire au résultat, faire subir au patient une préparation générale. M. Verneuil ne manque jamais, la veille et l'avant-veille d'une opération de quelque importance, de prescrire un bain et une purgation légére. Paget fait de même. C'était aussi la pratique de beaucoup d'anciens chirurgiens.

Dans un grand nombre de cas, l'embarras gastrique reste sans action sur la blessure, mais le contraire peut avoir lieu. Voici à ce sujet l'opinion de Desault.

« Il est une autre cause, moins généralement connue, quoique commune à toutes les plaies, et dont le développement produit souvent de grands ravages dans les hôpitaux. Cette cause est la mauvaise disposition des premières voies, soit qu'elle provienne de la saison, de la disposition particulière du sujet au moment de la blessure, ou du régime auquel on l'assujettit, ou qu'elle dépende du trouble jeté dans toute la machine animale, par la violence de la douleur, par la crainte, ou les autres affections de l'âme. »

L'observation suivante, empruntée au *Journal de chirurgie*, t. II, p. 268, semble propre à confirmer cette idée [1].

Obs. III. — *Plaies contuses et fractures multiples. Embarras gastrique. Accidents du côté des plaies. Guérison.*

P. G..., charretier, cinquante ans, est foulé aux pieds et mordu le 20 juillet 1791 par un cheval furieux.

A la main gauche, lésions graves. La peau, les tendons extenseurs sont déchirés, plusieurs os du carpe sont broyés, leurs articulations ouvertes; plusieurs phalangettes écrasées; contusions en divers points du corps, et au-dessous du mamelon droit, petite plaie de quelques centimètres d'étendue. Applications de charpie imbibée d'eau végéto-minérale.

Le quatrième jour, la langue chargée d'un limon épais et jaunâtre, l'amertume de la bouche, les nausées, annoncent la mauvaise disposition des premières voies. Les plaies restent sèches, leurs bords

1. Cette recherche faite dans un recueil ancien par un de mes élèves prouvera que, loin de vouloir m'emparer des idées de mes prédécesseurs, j'ai fait tout mon possible pour glaner dans leurs écrits ce qui pouvait me servir. Ce n'est pas ma faute si la récolte a été généralement maigre. — A. V., 1884.

rouges, durs et douloureux. Le membre se gonfle et les douleurs deviennent insupportables.

On administra trois jours de suite les boissons émétisées, avant que les accidents parussent se borner. Ce remède répété le quatrième jour devint un puissant calmant : le malade reposa quelques heures.

La suppuration dès lors s'établit et fut bientôt très abondante ; le gonflement et la douleur diminuèrent en même temps. L'appétit revint. On permit deux soupes; mais le malade trouva le moyen d'y joindre d'autres aliments en grande quantité. Il s'en repentit bientôt, car tous les accidents reparurent le troisième jour. Le bras s'engorgea de nouveau, la suppuration devint glaireuse et fétide; les bords de la plaie durs, renversés et d'une extrême sensibilité. La plaie de la poitrine, moins affectée la première fois, s'enflamma au point qu'il parut sur ses bords plusieurs foyers gangreneux. L'état de la main faisait craindre la gangrène humide ou la pourriture d'hôpital. Un grain d'émétique dans une pinte de boisson fut encore une fois efficace. Les évacuations furent entretenues les jours suivants par la crème de tartre que l'on fit prendre tous les matins.

Les accidents cessèrent. On ne changea rien au pansement de la main, mais on pansa la plaie de la poitrine avec l'onguent styrax jusqu'à la chute des escharres qui arriva le vingtième jour.

Au bout de quatre-vingt-dix jours, le malade sortit dans un état satisfaisant.

Les trois observations suivantes présentent plusieurs points de ressemblance avec la précédente.

Obs. IV. — *Cancer du sein. Ablation. Embarras gastrique. Cicatrisation lente* [1].

Une poissarde de soixante-six ans portait une énorme tumeur du sein gauche, dont l'ablation au bistouri laisse une plaie de dix pouces sur huit. La cicatrisation suit une marche normale jusqu'au trente-sixième jour, époque à laquelle la malade fait des excès de boisson qui produisent un embarras gastrique. Alors la plaie devient fongueuse et blafarde, le pus séreux, gluant, fétide, les bords de la plaie s'excorient et la cicatrice se détruit en partie; on met la malade à la diète.

Le quarante-cinquième jour, le fond de la plaie était plus ferme et la suppuration de meilleure qualité.

Le soixantième jour, la cicatrisation recommençait à la circonfé-

1. *Journal de chirurgie*, t. I, p. 87.

rence de la plaie, elle était complète environ deux mois après.

Obs. V. — *Nécrose du tibia. Extraction d'un séquestre. Indigestion. Troubles du côté de la plaie. Guérison*[1].

Garçon boulanger, dix-neuf ans; en mars 1789, forte contusion à la partie antérieure de la jambe gauche.

Peu après, en ce point, deux abcès ouverts au bistouri; nécrose du tibia. En octobre, séquestre mobile dont Desault pratique l'extraction. La portion nécrosée a presque la longueur du tibia et à peu près les deux tiers de son épaisseur. Suites immédiates de l'opération bonnes.

Le onzième jour, bords de la plaie entièrement dégorgés; fond rempli de bourgeons charnus.

Le quinzième jour, le malade se fit apporter des boissons spiritueuses et des aliments qui lui donnèrent une indigestion. Après cet excès, plaie blafarde à bords engorgés, rouges, douloureux, suppuration séreuse et fétide; l'émétique en lavage procure une amélioration sensible. On couvrit la jambe d'un cataplasme émollient. La suppuration devint très adondante et, en peu de jours, les choses revinrent à à leur premier état.

Le soixantième jour, le fond de la plaie était presqu'au niveau des bords; on espère une guérison prochaine. Mais le malade se croyant hors de danger se livre une seconde fois à son intempérance; de nouveaux accidents s'ensuivent : en peu de temps une grande partie de la cicatrice est détruite. Boissons émétisées continuées plusieurs jours de suite et tisanes acidulées avec la crème de tartre; cataplasmes émollients.

Quelques jours après, les progrès de l'ulcération s'arrêtèrent. La suppuration devint meilleure; le fond de la plaie se détergea et ses bords s'affaissèrent, de sorte que, au bout de trois semaines, il ne restait plus aucune trace des accidents.

La cicatrice fut enfin achevée deux cent quatre vingt-neuf jours après l'opération et le quinzième mois de la maladie. Il resta seulement tout le long de la partie antérieure de la jambe une rainure profonde qui n'ôtait rien de la solidité de l'os.

Obs. VI. — *Tumeur blanche du coude. Amputation du bras. Indigestion. Légers acccidents du côté de la plaie*[2].

P... M..., cinquante ans, tempérament lymphatico-sanguin, am-

1. *Journal de chirurgie*, t. II, p. 216.
2. Hatin, Thèse de Paris, 1832, p. 185.

puté du bras droit par Dupuytren, pour une tumeur blanche du coude (avril 1832).

Quelque jours après, surface de la plaie recouverte de beaux bourgeons charnus, suppuration louable et modérée. État général excellent. Tout est en bonne voie, lorsque le quinzième jour, le malade mange en excès des aliments grossiers venus du dehors et se donne une indigestion. Dans la nuit, pesanteur d'estomac, nausées, vomissements qui se continuent jusqu'au matin. Langue blanche au milieu, rouge sur les bords et à la pointe, région épigastrique douloureuse, peau chaude et humide, pouls fort et fréquent. La plaie blafarde n'a fourni qu'une petite quantité de pus. Saignée, diète et boissons adoucissantes dissipent tous ces troubles.

Dans les cas précédents, l'embarras gastrique a déterminé du côté des plaies des modifications notables, dont quelques-unes paraissent constantes. Ainsi, chez tous les malades, la suppuration a été altérée dans sa composition : devenant séreuse, glaireuse, fétide, et dans sa quantité : diminuant, puis cessant complètement. Toujours on a vu la surface de la plaie sèche, pâle et blafarde; ses bords rouges, douloureux, tuméfiés. Le travail de cicatrisation a été suspendu pendant la durée des accidents gastriques.

D'autres troubles se sont montrés plus rarement. Dans les observations I et II, les bords de la plaie se sont excoriés et ulcérés. Dans l'observation III, la cicatrice, déjà formée en grande partie, s'est complètement détruite. Une autre fois la cicatrisation a été très retardée. Dans un cas il y a eu gangrène et menace de pourriture d'hôpital[1].

C'est donc avec raison que Desault redoutait l'embarras gastrique chez les blessés. Mais, depuis l'époque où l'illustre chirurgien pratiquait à l'Hôtel-Dieu, les choses ont changé. Une observance plus parfaite, quoique encore bien incomplète, des règles de l'hygiène, une amélioration notable dans le bien-être des malades, enfin et surtout un progrès vraiment merveilleux dans les modes opératoires

1. On peut rapprocher de ces faits deux observations de la thèse de Barrault, où dans l'une un érysipèle, et dans l'autre l'infection purulente, éclatèrent après une indigestion. Mais l'auteur les a rapportées d'une manière trop concise pour que l'on puisse savoir si l'indigestion était la première phase des symptômes généraux de la complication, ou si celle-ci a été causée par l'écart de régime (*Thèse de Paris*, 1837, n° 252, p. 45). — C'est encore à un écart de régime qu'on peut attribuer le retour de symptômes graves suivis de mort, quatre mois après l'accident, chez un blessé, observé par H. van Holsbeck (*Souvenirs de la guerre franco-allemande*, p. 26). — A. V.

et les modes de pansement, conjurent ou du moins atténuent maintenant les accidents des plaies.

Ces raisons nous expliquent la différence qui existe entre les troubles constatés par Desault et ceux que nous observons aujourd'hui. Actuellement, dans les cas d'embarras gastrique, on trouve bien du côté des plaies les phénomènes signalés plus haut, mais on ne rencontre plus de lésions profondes et graves[1].

Nous avons vu souvent l'embarras gastrique modifier la marche du traumatisme; nous citerons entre autres l'observation suivante.

Obs. VII. — *Brûlures au deuxième et au troisième degré. Embarras gastrique. Troubles du côté des plaies.*

B... P..., trente-deux ans, employé de fabrique, entre à la Pitié, le 8 mai 1876, dans le service de M. Labbé, pour des brûlures multiples produites par un corps gras bouillant.

Une vaste brûlure au second et troisième degré occupe la face externe du membre thoracique gauche, dans presque toute sa hauteur; la jambe du même côté présente une large brûlure au troisième degré qui intéresse toute la partie postérieure et externe du mollet. En divers points du tronc et de la cuisse gauche, quelques brûlures légères. Toutes ces plaies sont pansées avec un linge fenêtré imbibé de liniment oléo-calcaire et entourées d'épaisses couches d'ouate.

Douleurs, fièvre et tous les troubles du début se dissipent rapidement; les plaies, complètement débarrassées des parties sphacélées, se couvrent de beaux bourgeons charnus; leur fond, vermeil, fournit une quantité assez abondante d'un pus crémeux de bonne nature. Déjà même, sur certains points des bords de ces vastes pertes de substance, le liseré cicatriciel se montre. D'ailleurs le patient, exempt de toute diathèse, fort, robuste, sobre, n'avait jamais été malade. Tout semblait donc assurer la guérison rapide.

15 mai. Insomnie, céphalalgie légère, inappétence, malaise général; un peu de fièvre. Les plaies de la jambe et du bras ont fourni une petite quantité d'un liquide séro-purulent; leur surface est pâle et les bourgeons charnus semblent affaissés. Pas d'érysipèle. Pansement à l'alcool camphré.

Le 16. La céphalalgie persiste; inappétence, amertume de la

1. M. Dunoyer se montre ici plus optimiste qu'il ne convient : les excès de régime agissent toujours aussi fâcheusement sur les blessures ; mais peut-être aujourd'hui les accidents sont-ils mieux combattus qu'au temps de Desault? — A. V.

bouche, langue saburrale, constipation; peau chaude; sueurs légères. Pièces de pansement à peine salies par un peu de sérosité. Plaies pâles, blafardes, desséchées. La moitié de celle de la jambe est recouverte d'une légère exsudation fibrineuse grisâtre assez adhérente, au-dessous de laquelle les tissus sont parfaitement sains. Le soir, l'exsudation fibrineuse s'est reproduite en partie. L'état sanitaire de la salle est excellent.

Purgatif contre les symptômes d'embarras gastrique. Pansement avec l'alcool camphré.

Le 17. La purgation a déterminé plusieurs selles. Tous les phénomènes généraux ont cessé. Le malade se trouve très bien. Plaies moins pâles et sécrétant un liquide séro-purulent assez abondant. L'exsudation grisâtre a disparu.

Le 18. État général excellent. Plaies redevenues roses; les bourgeons charnus bien saillants ont bon aspect; le pus est encore peu abondant, mais crémeux et bien lié. Le lendemain, plus rien d'anormal; pus de bonne nature, sécrété en abondance. Fonctions digestives parfaites. Les jours suivants, la cicatrisation, un instant arrêtée, reprend sa marche régulière. Jamais, durant les troubles précédents, il ne s'est produit d'ulcération du liséré cicatriciel.

Le 29. Il ne reste plus au bras et à la jambe qu'une plaie large comme la paume de la main; mais le malade est repris de nouveaux troubles gastriques, avec léger mouvement fébrile. Aussitôt, les plaies deviennent pâles, les bourgeons charnus s'affaissent, la sécrétion du pus se tarit et tout travail de cicatrisation s'arrête; néanmoins, il ne se forme pas de dépôts fibrineux. Comme la première fois, l'administration d'un purgatif dissipe les troubles généraux. Les plaies, au bout de trois jours, reprennent leur aspect et leur marche normale.

Comme il arrive souvent vers le terme de la réparation des grandes pertes de substance, la cicatrisation s'acheva avec une extrême lenteur, mais sans nouveaux accidents. Le malade sortit de l'hôpital le 27 juin, complètement guéri.

En résumé, modification dans la sécrétion du pus, qui devient séro-purulent, puis séreux, et dont la sécrétion diminue, puis cesse. Les bourgeons charnus deviennent pâles, blafards, comme affaissés; la surface de la plaie se dessèche et se couvre d'une exsudation pseudo-fibrineuse grisâtre. Dès que les troubles gastriques sont dissipés, l'exsudation disparaît, la plaie reprend sa coloration vermeille, les bourgeons se relèvent, en même temps la suppuration se rétablit.

Enfin, la cicatrisation suspendue un instant reprend sa marche.

Le plus ordinairement, ces lésions locales développées sous l'influence de l'embarras gastrique présentent peu de gravité. Toutefois ils peuvent inquiéter le chirurgien lorsque surviennent des exsudations fibrineuses simulant l'état diphthéroïde des plaies. Nous n'insisterons pas sur ce diagnostic[1].

Pour expliquer ces troubles, on pourrait dire que dans l'embarras gastrique, comme dans l'indigestion, il se fait dans tout l'appareil digestif une forte congestion : il en résulte un effet dérivatif sur les plaies; d'où pâleur, absence de sécrétion et arrêt de la cicatrisation[2].

L'embarras gastrique semble ne déterminer aucun trouble dans les solutions de continuité des os.

Obs. VIII. — *Fracture de la clavicule. Embarras gastrique*[3].

M. A. N..., soixante-dix ans, se fractura la clavicule le 27 juillet 1788. Plusieurs fois, pendant le cours du traitement, embarras des premières voies et coliques occasionnées sans doute par une hernie ombilicale d'un volume considérable et qui ne rentrait point. Ces accidents et la vieillesse du sujet ne furent point un obstacle à la consolidation, qui, dès le vingt-deuxième jour était parfaite.

On peut conclure de ce qui précède :

1° Que dans un grand nombre de cas, l'embarras gastrique et la blessure ne s'influencent pas mutuellement;

2° Que les lésions traumatiques sont une cause indirecte de la production de l'embarras gastrique;

3° Que celui-ci produit parfois des troubles peu marqués dans le processus réparateur des lésions traumatiques des parties molles et qu'il est sans influence sur les solutions de continuité des os. [4]

1. Voir plus loin le mémoire sur l'*herpès traumatique*, p. 370.

2. Je laisse à l'auteur toute la responsabilité de cette théorie, trop fortement entachée d'iatro-mécanisme pour que je l'adopte, n'étant point en mesure, à la vérité, d'en proposer une autre. — A. V., 1884.

3. Desault, *Journal de chirurgie*, t. I, p. 145.

4. M. Dunoyer confond certainement sous le titre d'embarras gastrique des états morbides qui, pour siéger dans les voies digestives et présenter des symptômes assez semblables, n'en diffèrent pas moins du tout au tout par leur origine et leur cause. Je distingue :

1° Les troubles gastro-intestimaux de la septicémie traumatique;

2° Les mêmes troubles imputables à la constipation (fièvre stercorale) (Voir la thèse de M. Humbert sur la *Septicémie intestinale*. Paris, 1873);

3° L'indigestion ordinaire par alimentation prématurée ou exagérée;

INFLUENCE DES ANGINES SUR LE TRAUMATISME

L'angine simple ou amygdalite trouble assez la santé générale pour retentir sur les foyers traumatiques.

C'est ce que nous avons remarqué dans les observations suivantes, recueillies dans le service de M. Verneuil.

Obs IX. — *Carcinome de la région sus-hyoïdienne. Ablation. Angine simple.*

M... L..., domestique, quarante-cinq ans, entre le 27 mai 1878 à la Pitié pour une tumeur carcinomateuse de la région sus-hyoïdienne, récidivée pour la deuxième fois.

Ablation le 3 juin. — La plaie, de forme ovalaire, présente de 5 à 6 centimètres de diamètre. Pansement avec tarlatane imbibée d'une solution phéniquée à 2 pour 100.

5 juin. La surface de la plaie se déterge.

Le 7. La suppuration s'établit.

Le 9. La fièvre est tombée, le malade se trouve bien; l'appétit est bon. La plaie de couleur rosée est recouverte de fins bourgeons, qui sécrètent en quantité moyenne un pus louable.

Le 10. Journée bonne; rien de particulier du coté de la plaie. Le soir, après le repas, frisson assez fort; dans la nuit, insomnie, chaleur, céphalalgie.

Le 11. Température du matin, 39°. On cherche l'explication du côté de la plaie. Ses bords sont souples et indolents; ni lymphangite ni érysipèle; seulement les bourgeons sont congestionnés et tuméfiés; le pus est sécrété en plus petite quantité, mais sa composition n'est pas changée.

Gêne assez considérable de la déglutition, rougeur vive de la

4° L'embarras gastrique proprement dit, tel qu'il est décrit par les médecins sous le nom de synoque, fièvre éphémère prolongée, fièvre muqueuse légère, etc.;

5° La fièvre herpétique qui trouble fortement les fonctions digestives à son début;

6° Les vomissements et l'anorexie qui les accompagne chez les sujets atteints d'affections rénales ou hépatiques, vomissements qu'on attribue banalement au chloroforme;

7° La dyspepsie tantôt passagère, tantôt prolongée, et grave chez les blessés antérieurement atteints de troubles digestifs divers.

Il y aurait un travail bien intéressant à faire sur les relations existant entre le traumatisme et les fonctions des premières voies. — A. V. 1884.

gorge et notable augmentation de volume des deux amygdales; en outre, anorexie, langue saburrale. Il s'agit évidemment d'une angine simple qui explique les troubles observés.. Gargarisme émollient, potion au chlorate de potasse. Pansement de la plaie comme à l'ordinaire. Température du soir, 37°,2.

Le 12. La douleur et la gêne de la déglutition ont beaucoup diminué, l'appétit revient. Le fond de la plaie est toujours rouge, mais les bourgeons charnus ont repris leur volume normal et le pus est abondant. Temp. : matin, 37°,7; soir, 38°,2.

Le 13. Mal de gorge complètement terminé. Temp. 37°. La plaie a repris la teinte rosée qu'elle offrait avant l'apparition de l'angine; la sécrétion du pus est redevenue normale.

Les jours suivants, la cicatrisation suit régulièrement sa marche et à la fin du mois la plaie est presque fermée; l'angine ne paraît donc pas en avoir retardé la cicatrisation.

Dans l'observation suivante, il ne s'agit pas d'une plaie, mais d'un ulcère; nous nous permettrons cependant de la placer ici.

Obs. X. — *Ulcère variqueux. Angine phlegmoneuse.*

G..., quarante ans, domestique, entre à la Pitié le 8 octobre 1878. Arthritique, d'une constitution robuste, ayant eu déjà plusieurs attaques de rhumatisme. Craquements dans les genoux. Léger goître. Varices volumineuses. Il y a un mois environ, coup violent sur la jambe droite, rupture d'une dilatation veineuse; ulcère consécutif, situé à la partie moyenne et interne de la jambe; étendue, 4 cent. de long sur 3 de large. Repos et pansement avec une solution phéniquée à 2 0/0. Huit jours après, le fond de la plaie un peu déprimé est recouvert de bourgeons charnus fins et rosés; un léger liseré cicatriciel se montre au pourtour : pus de bonne nature, en quantité normale.

Le 18. Fièvre intense. T. 38°,6. Plusieurs groupes d'herpès se montrent au pourtour de la bouche; langue sale, inappétence. Rougeur de la gorge; gêne légère de la déglutition. La plaie est fortement congestionnée, d'un rouge violacé; ses bourgeons tuméfiés saignent au moindre contact. Le fond de l'ulcère semble légèrement soulevé, le pus est peu abondant, mal lié, séreux.

Le 19. T. 38°,9. Gêne plus marquée à la gorge. Rougeur et tuméfaction de l'amygdale gauche. La malade nous apprend que deux ou trois fois par an elle a un abcès de l'amygdale. Gargarisme émollient. Même état de la plaie.

Le 21. La fièvre cesse, la malade se trouve mieux, mais elle a

toujours de vives douleurs en avalant. Plaie moins congestionnée; plus d'hémorrhagies à sa surface.

Le 22. Bourgeons charnus roses, de bonne nature; pus louable, en quantité normale.

Le 23. L'abcès de l'amygdale s'ouvre spontanément, pendant un effort d'éternuement. La cicatrisation de l'ulcère, arrêtée pendant le mal de gorge, reprend sa marche et se complète dans les premiers jours de novembre.

L'amygdalite a modifié les plaies à peu près comme l'aurait fait un embarras gastrique; le pus a été sécrété en moindre quantité, tantôt il a conservé ses caractères, tantôt il est devenu séreux, mal lié, ce qui tenait peut-être à la nature différente des plaies. Dans le second cas, il y eut des hémorrhagies superficielles, mais il s'agissait d'un ulcère variqueux naturellement disposé aux ruptures vasculaires. La cicatrisation déjà commencée n'a pas été détruite, mais elle a suspendu temporairement ses progrès. Essayons d'expliquer ces troubles.

Le phénomène général qui prédomine, dans l'amygdalite simple, c'est la fièvre, parfois assez forte, puisque le thermomètre peut s'élever à 39° et même au delà. Or, la fièvre débute par un spasme des vaisseaux de la périphérie du corps coïncidant avec le frisson initial. On pourrait donc peut-être constater sur les plaies une pâleur passagère. Bientôt, à ce spasme succède la dilatation passive; le sang et la chaleur affluent à la surface du corps; les plaies superficielles sont fortement congestionnées. Les sécrétions glandulaires sont languissantes; la peau est sèche; la membrane granuleuse suppure peu; la cicatrisation ne marche plus. Lorsque la chaleur tombe, les sécrétions se rétablissent, les sueurs dites critiques en font foi, alors aussi la formation du pus redevient normale; le travail cicatriciel recommence; tout rentre dans l'ordre.

Ainsi la physiologie pathologique explique les principaux troubles produits de côté des plaies par la fièvre qui accompagne les maladies intercurrentes[1].

L'observation suivante montre l'influence de l'amygdalite sur les fractures.

Obs. XI. — *Fracture de jambe compliquée de plaie. Angine au*

1. L'action des maladies intercurrentes sur le processus réparateur n'est probablement pas aussi simple que le pense M. Dunoyer, qui ici me paraît iatro-mécanicien un peu trop convaincu. — A. V., 1884.

cinquième jour. Menace d'inflammation dans le foyer de la fracture.

M..., trente-deux ans, maçon, robuste, jouit ordinairement d'une bonne santé. Vie régulière, aucune trace de diathèse.

Le 20 mars 1878, M... fait un faux pas et en tombant se heurte la jambe gauche contre l'angle du trottoir. Il ne peut se relever. On le transporte à la Pitié.

M. Verneuil constate une fracture de la jambe gauche au tiers inférieur, avec une petite plaie qui donne issue au fragment supérieur du péroné. On pratique la réduction et, pour empêcher la pénétration de l'air dans le foyer de la fracture, on applique sur la plaie un pansement par occlusion avec baudruche et collodion. Membre placé dans une gouttière en fil de fer. Application de compresses résolutives.

Le 21. Le malade ne souffre pas, T. M. 37,4; S. 37,8.

Le 22. Même état T. M. 37,5; S. 37,6. Le gonflement a disparu, aucune douleur au niveau de la fracture, M... dort bien et mange avec appétit.

Tout était en bonne voie, lorsque le 23 au matin, les fenêtres étant ouvertes pour aérer la salle, le malade prend froid. Dans la soirée, frissons, fièvre; nuit agitée, température 38,2.

Le 24. Amertume de la bouche, langue chargée, T. 37,9. — Du côté de la fracture, ni rougeur, ni douleur, ni tuméfaction. Dans la soirée, T. 38,2, légère douleur à la gorge.

Le 25. Douleur plus considérable, amygdales rouges et tuméfiées. T. M. et S. 39. Au foyer de la fracture, à la région interne, loin de la petite plaie, rougeur très limitée. Petits élancements à ce niveau.

Le 26. Anorexie complète. Amygdales très volumineuses et très rouges; voix nasonée. T. M. 38; S. 38,2.

Des douleurs plus vives se font sentir au niveau de la fracture.

Le 27. Même état. T. M. 38,2; S. 38,5

Le 28. Même état de la gorge. T. M. 39; S. 39,6. Élancements douloureux dans le foyer de la fracture. A la rougeur s'est ajouté un peu de tuméfaction; chaleur et douleur vive au toucher.

Le 29. T. M. 39,1; S. 39,3.

Le 30. Le gonflement et la douleur de l'angine diminuent ainsi que la fièvre. T. M. 38,1; S. 39,7. La tuméfaction au niveau de la fracture a augmenté; douleur profonde vive; badigeonnage de la région avec la teinture d'iode. M. Verneuil craint la suppuration du foyer.

Le 31. La gorge est mieux; l'appétit revient. Au niveau de la

fracture on perçoit une fluctuation manifeste. Badigeonnage avec teinture d'iode. T. M. 37,1 ; S. 37,3.

1er avril. L'amygdalite est guérie, le malade mange avec appétit. A la jambe, douleur plus forte. Rougeur de la peau et tuméfaction plus étendues vers la partie inférieure, petite phlyctène remplie de liquide séro-purulent. Badigeonnage avec teinture d'iode.

Le 4. Le malade a moins souffert de sa fracture, la peau est moins tendue, moins tuméfiée, la fluctuation est moins évidente : le pus semble se résorber sous l'influence des applications de teinture d'iode.

Le 6. On n'a plus aucune sensation de fluctuation; les douleurs ont cessé; il ne reste qu'un peu de tuméfaction et de rougeur.

Le 9. Les accidents inflammatoires au niveau de la fracture sont entièrement dissipés. Les jours suivants, la consolidation poursuit sa marche sans présenter rien de particulier. Jusqu'au 25 avril, la jambe est laissée dans la gouttière. On juge alors la consolidation suffisante; le cal bien formé présente un volume tout à fait normal; le membre ne présente pas de déformation, pas de raccourcissement. On le retire de la gouttière et on le place dans un appareil silicaté inamovible, avec lequel le 1er mars on permet la marche à l'aide de béquilles.

Le 6 mai, M... part en convalescence.

Les troubles observés dans le foyer de la fracture doivent être attribués à la nature inflammatoire de l'amygdalite. Il est probable que toute autre maladie intercurrente de nature phlegmasique aurait produit des effets analogues.

On notera combien au cinquième jour le foyer d'une fracture est prédisposé à s'inflammer [1].

Voici l'exemple bien net d'une angine intercurrente provoquant une inflammation tardive et inattendue dans le foyer d'une blessure qui jusqu'alors paraissait devoir évoluer trés simplement.

Obs. XII. — Holm, vingt-deux ans; ablation par une machine de la phalange unguéale de l'index gauche. Aussitôt le sang arrêté, panse-

1. L'explication de M. Dunoyer est un peu vague et l'on peut préciser davantage la pathogénie des accidents survenus au lieu blessé. Il s'agit simplement du retentissement jusqu'au foyer traumatique d'une intoxication née dans une autre région du corps, intoxication sans relation de cause ni de nature avec la blessure, mais empoisonnant son foyer à la faveur du sang adultéré. J'ai étudié ces faits sous le titre d'*auto-inoculation traumatique interstitielle*. On en retrouvera l'exposé complet dans la suite de ce présent volume. — A. V., 1884.

ment avec l'ouate salicylée. Pendant huit jours tout va bien ; le neuvième jour, la température monte tout d'un coup à 39°3. La fièvre était causée par une angine tonsillaire. Deux jours après, on ouvre l'abcès de l'amygdale ; cinq jours plus tard, retour de la fièvre, causée cette fois par une inflammation de la gaîne du tendon fléchisseur ; incision, drainage, chute de la fièvre, guérison [1].

On trouvera encore dans la thèse de M. Maunoury, reproduite plus haut, plusieurs faits d'angine intercurrente sans retentissement sur la plaie opératoire, quoique ayant déterminé une élévation de la température générale du corps (p. 233 et suiv.)

Angine diphthéritique. — Nous dirons peu de mots sur l'influence bien connue de cette maladie sur les traumas.

Tant qu'elle n'est que locale, l'angine diphthéritique ne retentit pas sur les blessures ; mais dès qu'elle se complique d'une intoxication générale de l'organisme, on sait avec quelle rapidité les pseudo-membranes se développent sur les solutions de continuité coexistantes. Paget prétend à la vérité [2], qu'il a observé plus de cinquante cas de trachéotomie pratiquée chez des enfants atteints de diphthérie et qu'il n'a jamais vu la plaie envahie par cette affection. C'est évidemment là une série heureuse, car on voit assez souvent dans nos hôpitaux d'enfants la plaie du cou se recouvrir de membranes diphthéritiques. C'est pour éviter cette complication que Trousseau conseillait de cautériser la plaie après l'opération. En temps d'épidémie, on voit des concrétions diphthéritiques se développer sur les piqûres de sangsues, les incisions, les excoriations et plaies diverses. Elles sont l'indice d'un état général grave et apportent un trouble profond dans le processus réparateur.

[Je ne crois pas la question aussi connue que le pense M. Dunoyer. En ce qui touche d'abord l'apparition des fauses membranes diphthéritiques sur les plaies externes existant avant ou créées après l'invasion de la maladie, on peut n'y voir qu'un fait de transport de microbes d'un point du corps à un autre point, sorte d'auto-contagion par voie purement externe, sans nécessité d'une intoxication générale. La plus grande fréquence de ces inoculations périphériques dans les cas graves n'implique pas qu'elle se fassent par l'intermédiaire du sang.

1. Krabbel, *Archiv. fur klin. Chirurg.*, de Langenbeck, t. XXII, p. 798, 1878.
2. *Clinical Lectures and Essays*, trad. franç., 1877, p. 25.

Cet état grave aurait seulement pour résultat de favoriser la prolifération de germes infectieux déposés sur les plaies externes. Pour établir l'influence directe de la maladie sur le processus traumatique, il faudrait observer un nombre suffisant de cas où il existerait un trauma sous-cutané : fracture, luxation, contusion, entorse, etc., puis une diphthérite surajoutée; cette coïncidence a dû sans doute se rencontrer plus d'une fois, mais les observations publiées sont rares, car je n'en ai point sous les yeux. A la vérité, je n'ai pas d'expérience personnelle, et je n'ai pas poussé bien loin mes recherches bibliographiques. Les chirurgiens des hôpitaux d'enfants seraient seuls à même de combler cette lacune.

Je trouve dans le *Bulletin de la Société anatomique* pour 1873, page 368, une observation de diphthérite survenue pendant le cours d'une lithotritie et qui a rapidement amené la mort.

Évidemment les lésions rénales existaient avant l'angine intercurrente, mais il me paraît, comme au présentateur, qu'elles ont été aggravées par la diphthérite. C'est à titre de document que nous reproduisons cette petite note. — A. V., 1884.

Obs. XIII. — *Lithotritie; complications rénales; diphthérie chez un enfant de cinq ans et demi*, par M. Dransart.

P. Constant, cinq ans et demi, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie (service de M. Marc Sée), pour un calcul vésical dont il souffrait depuis longtemps. Le petit malade subit quatre séances de lithotritie, les 6, 7, 8 et 15 avril. Il expulse à la suite de ces opérations une grande quantité de débris calculeux très fins, urine fortement chargée de mucus. L'état général est assez bon.

Le 20 avril, frisson assez intense, fièvre vive; la température monte jusqu'à 40°; les frissons se répètent les jours suivants et ne cèdent ni au sulfate de quinine ni aux injections silicatées dans la vessie. Le 2 mai, on constate une angine diphthéritique ; le 4 mai, mort. L'affection diphthéritique s'était généralisée.

Autopsie. — Fausses membranes dans toutes les parties des voies respiratoires. Vessie hypertrophiée, contenant les débris du calcul qui avaient échappé à l'écrasement. Les *reins* sont rouges, congestionnés, on constate à la surface de larges taches noires et çà et là un petit semis de taches jaunâtres. A la coupe, toute la substance du rein qui correspond aux taches noires de la surface présente le même aspect. Les granulations jaunâtres donnent issue à quelques gouttes de pus.

A la partie moyenne du *rein gauche*, le tissu présente une consistance très molle, presque pultacée, coloration rosée à ce niveau.

Aucune altération dans les autres organes.

Cette observation nous montre que la néphrite suppurée complique également chez l'enfant les opérations faites sur la vessie. On peut aussi se demander quel rôle a joué la diphthérie dans la production des hémorrhagies considérables que nous avons constatées dans l'épaisseur du tissu rénal. Ces hémorrhagies nous ont paru de date récente et nous pensons que la diphthérie a certainement contribué à les produire.

INFLUENCE DE LA PNEUMONIE ET DE LA PLEURÉSIE FRANCHES, ET DE LA NÉPHRITE AIGUË SUR LE TRAUMATISME

Pneumonie et pleurésie. — On a signalé, dans ces dernières années, l'existence d'affections pulmonaires : pneumonie, apoplexie, congestion, à la suite de lésions traumatiques du crâne[1] et de l'encéphale, ainsi qu'après des hernies étranglées opérées ou non opérées[2]. On a cherché à établir une relation de cause à effet entre les lésions cérébrales ou intestinales et les affections du poumon. Cette relation existe, mais ici la maladie de l'appareil respiratoire n'est pas intercurrente au sens littéral du mot, c'est-à-dire indépendante de la blessure; elle en dérive soit à titre de lésion à distance (voir la thèse de Fichot dans ce volume), soit comme affection réveillée dans un lieu de moindre résistance, soit comme symptôme d'un état constitutionnel caché. Ces deux derniers cas rentrent dans la catégorie des maladies traumato-constitutionnelles.

[Voici quelques faits relatifs à cette question :

Obs. XIV. — J'avais tout récemment dans mes salles une femme âgée de cinquante ans environ, atteinte de fracture simple des os de la jambe au quart inférieur. L'absence de complication, la réduction et la contention faciles, permirent d'appliquer sur-le-champ des attelles

1. A. Navarre, Thèse de Paris, 1876.

2. Ledoux, *De la congestion pulmonaire comme complication de l'étranglement herniaire*, Th. de Paris, 1873.

plâtrées qui laissaient surveiller directement le foyer de la fracture. La malade fut d'abord tourmentée par des troubles gastriques assez prononcés, mais qui ne parurent pas retentir sur le lieu blessé. Tout était en ordre de ce côté, lorsque survint un jour de la fièvre et de la toux. On reconnut aussitôt une pneumonie circonscrite au lobe inférieur du poumon droit. Aucun mouvement n'ayant été imprimé au membre, et la malade n'ayant pas quitté le lit, on ne pouvait point songer à une embolie. On traita par des ventouses, un vésicatoire, un purgatif et le kermès, cette complication qui avait à peu près disparu vers le septième jour.

Dès le quatrième jour de la phlegmasie thoracique, le foyer de la fracture présenta une légère tuméfaction et une assez grande sensibilité au toucher. Ces symptômes locaux durèrent plus longtemps que la pneumonie. Lorsque le quarante-cinquième jour je voulus supprimer l'appareil, je trouvai le cal solide, mais encore douloureux à la pression. Il fallut revenir à l'immobilité pendant deux semaines encore.

Une pneumonie intercurrente a réagi d'une façon manifeste sur un point antérieurement blessé, dans le cas suivant, publié par M. Villeneuve (de Marseille), mais dont je ne prends que ce qui est relatif à mon sujet [1].

Obs. XV. — Homme de soixante-dix ans, fort et vigoureux, atteint de chaudepisse et de phimosis ; en même temps, dans la bourse gauche, kyste spermatique biloculaire. On institue le traitement ordinaire de la blennorrhagie, on dilate le phimosis, puis, trois jours plus tard, le 13 mai, on ponctionne la tumeur, après quoi on applique sur les bourses des compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque à 10 pour 100.

La nuit suivante est bonne, mais dans la journée du 14 la fièvre s'allume sans qu'on en reconnaisse d'abord la cause.

Du 15 au 23, pneumonie qu'on traite par la décoction d'ipéca et l'alcool.

Le 17, au cours de cette affection intercurrente, la bourse gauche se gonfle et s'enflamme.

Le 18, tuméfaction considérable, peau rouge et adhérente, douleur à la pression; cordon volumineux et sensible. Huit sangsues, cataplasmes, onguent mercuriel belladoné.

Le 19, douleur un peu moindre, mais tuméfaction plus grande.

1. Villeneuve, *Fongus bénin du testicule.* In *Gaz. hebd.* de Paris, 9 février 1883, p. 98.

Bourse droite œdémateuse; la bourse gauche, du côté du kyste, est rouge, indurée, pâteuse, ne formant qu'une masse où le testicule et l'épididyme sont confondus avec les enveloppes et d'où émerge le cordon très tuméfié.

Le 21, nouvelle application de sangsues; état local stationnaire.

Le 23, pneumonie en résolution; disparition de l'œdème de la bourse droite ; à gauche, diminution de la douleur, mais persistance du gonflement.

Le 27, peau adhérente à la partie antérieure de la tumeur ; on sent un point fluctuant.

Le 28, incision et issue d'une petite quantité de pus sanguinolent.

Le 30, les bords de l'incision s'écartent pour laisser passer un petit champignon de tissu sphacélé au-dessous duquel on trouve une masse filamenteuse formée de canalicules spermatiques.

Du 3 au 9 juin, nouvelle poussée congestive vers les poumons avec crachats rouillés.

Le 10, les symptômes pulmonaires ont disparu, la plaie scrotale ne fournit plus de filaments spermatiques, mais seulement une suppuration crémeuse assez abondante. Elle donne passage à un champignon formé de bourgeons charnus; en d'autres termes, dès le 14, un fongus bénin du testicule est constitué.

A la rigueur, on pourrait contester ici le rôle de la blessure scrotale, puisque la complication a éclaté surtout du côté du testicule. Mais outre que le trauma opératoire semble, de concert avec la blennorrhagie, avoir créé de ce côté un lieu de moindre résistance, puisque l'orchite s'est montrée précisément du côté ponctionné, la maladie intercurrente a certainement aggravé l'inflammation testiculaire, puisqu'elle l'a conduite jusqu'à la suppuration et la perforation de la tunique albuginée, ce qui n'arrive presque jamais quand la chaudepisse tombe dans les bourses chez un individu sain.

Sans rien affirmer, je crois que si la pneumonie n'était pas survenue, la ponction scrotale n'aurait eu aucune conséquence fâcheuse, et que, réciproquement, si la ponction n'avait pas été faite sur ce scrotum, mis d'ailleurs en imminence morbide par la blennorrhagie, la pneumonie aurait suivi son cours sans retentir du côté de l'appareil génital.

Voilà bien un de ces exemples d'étiologie complexe et embrouillée où plusieurs facteurs interviennent certainement, mais où il est presque impossible de faire à chacun la part exacte qui lui revient. Et dire que ces faits sont si communs !

Nous trouvons par hasard la mention d'une pneumonie intercurrente dans une observation destinée à montrer tout autre chose[1].

Obs. XVI. — Homme de trente-trois ans, robuste et bien portant, atteint le 29 mai d'une hernie étranglée réduite en masse, puis sortie et enfin opérée le 3 juin. On trouve l'intestin gangrené; aussi se décide-t-on à en faire aussitôt la résection et la suture. Un drain est placé dans la plaie, un autre à travers le scrotum; pardessus le tout, un pansement antiseptique.

Le 5, il fallut enlever quelques sutures parce qu'il y avait rétention dans la plaie et élévation de la température jusqu'à 38°,3. Deux jours plus tard, la rétention se reproduisant entre la peau et la paroi abdominale, on dut ouvrir la plaie tout entière et en chercher la guérison par granulation. Le ventre cependant restait toujours mou et indolent, le pouls fort, à 96.

Le 10 juin, à la suite d'un lavement, première défécation qui améliore beaucoup l'état du malade: il se plaignait pourtant sans cesse de ressentir des douleurs en toussant et lorsque, le 15 juin, on put le redresser pour la première fois, on reconnut à gauche et à la partie inférieure et postérieure, une pneumonie déjà en voie de résolution, ce qui expliquait suffisamment la fièvre persistante.

La défécation s'effectua chaque jour avec un clystère. Le rétablissement suivit son cours et le malade put sortir le 9 juillet.

Il est vraisemblable que le développement de la pneumonie fut favorisé par la congestion pulmonaire qui accompagne souvent l'étranglement herniaire; dans tous les cas, elle contribua sans doute à enflammer la plaie et à faire échouer la réunion immédiate.

On a décrit une pleurésie consécutive à l'ablation des tumeurs de la mamelle (Broca). Si cette affection naissait par hasard, *à frigore* par exemple, elle devrait être considérée comme intercurrente et rentrerait dans notre cadre; mais l'analyse des faits tend plutôt à prouver que la phlegmasie pleurale provient de l'extension de l'inflammation du foyer opératoire ou dérive d'un état dyscrasique antérieur aggravé par le traumatisme[2].

N'ayant observé ni pneumonie ni pleurésie franches chez les blessés, nous ne pouvons indiquer ici quels troubles elles déterminent au foyer traumatique. Les auteurs renferment un certain nombre d'observations, malheureusement dépourvues de détails. — A. V., 1884.

1. Feld, *Arch. für klin. Chir.*, 1884, t. XXX, p. 222.
2. Voir sur ce sujet ma Communication à l'Académie de médecine, le 27 mai 1884.

Néphrite parenchymateuse aiguë. — Depuis les travaux récents, tous les chirurgiens connaissent le danger des opérations pratiquées, surtout dans la zone génitale, chez les sujets atteints de lésions chroniques des reins. En effet, les malades qui présentent habituellement de l'albumine dans l'urine sont particulièrement exposés au phlegmon gangreneux, à l'érysipèle de mauvaise nature et à la pyohémie, ainsi qu'à un accident signalé par M. Verneuil, en 1869 : « Chez les urémiques et les albuminuriques, les hémorrhagies sont très difficiles à arrêter à cause du manque de plasticité du sang. La moindre blessure, la plus petite opération suffisent pour provoquer chez ces malades des accidents qui mettent la vie en danger[1]. »

Il ne paraît pas en être de même pour les affections aiguës du rein. Dans l'observation suivante, une albuminurie aiguë, intercurrente à un traumatisme des plus graves, a évolué sans produire aucune complication. Elle n'entrava même pas la consolidation de l'os et la cicatrisation de la plaie, malgré le retentissement dangereux qu'elle causait sur l'économie.

Obs. XVII. — *Fracture comminutive de l'humérus avec plaie des téguments. Albuminurie aiguë intercurrente. Guérison*[1].

Antige Jean, fantassin, vingt-sept ans, frappé par une balle au bras droit, est transporté à l'hôpital de Versailles.

Fracture comminutive de l'humérus au tiers inférieur, hémorrhagie peu considérable. Incision qui permet d'extraire douze esquilles. — Pansement phéniqué. Membre placé dans un appareil approprié.

Au bout de douze jours, fusées purulentes; deux incisions. La pression des attelles de l'appareil a produit plusieurs plaies.

Le blessé tombe rapidement dans un état d'affaiblissement inquiétant que les toniques améliorent. Les plaies bourgeonnent et se ferment peu à peu, la réunion osseuse commence à se faire, lorsqu'un accident inattendu vient compliquer l'état.

3 juin. Symptômes d'une albuminurie aiguë : œdème des jambes et du scrotum, ascite, fièvre assez forte, quantité énorme d'albumine dans les urines. — Tannin, diurétiques, bains de vapeur.

Le 16. Légère amélioration de l'albuminurie.

A cette époque, les plaies d'entrée et de sortie de la balle étaient fermées. Seule l'incision inférieure, pratiquée pour donner issue au pus, en laissait écouler encore une petite quantité. En haut, un

1. Sauveroche, Thèse de Paris, 1872, p. 31.

abcès considérable avait été ouvert et était en voie de guérison. La plaie du coude diminuait de jour en jour.

Le 25. État général très amélioré; diminution de l'albumine, œdème presque nul, plus d'ascite, la plaie inférieure suppure encore.

4 juillet. Toutes les plaies sont fermées: le cal est très volumineux; le bras présente une légère déviation en dehors; épanchement léger dans la plèvre gauche. Oxymel scillitique; bains de vapeur.

Le 15. Nouveaux signes d'affaissement; fièvre, anorexie; recrudescence de l'albuminurie. Un abcès considérable se forme au niveau de la fracture : rougeur, tuméfaction considérable, douleur vive à la pression, qui fait écouler par l'incision inférieure du pus granuleux et mal lié; point de mobilité des fragments. Le stylet rencontre des parties osseuses nécrosées. État général grave, indifférence, anorexie complète, affaissement. Toniques de toutes sortes.

Le 23. Écoulement d'une grande quantité de pus; soulagement immédiat; élimination d'une esquille nécrosée. Dès lors, amélioration rapide. Les accidents disparaissent pour ne plus se montrer.

Le 30. État très satisfaisant; l'albuminurie est complètement guérie, toutes les plaies fermées, le cal très solide. En août, le bras avait recouvré tous ses mouvements et toute sa force.

Il s'agit bien là d'une néphrite parenchymateuse, non d'une albuminurie par rétention du pus, car à l'époque où l'albumine paraissait dans l'urine, le pus s'écoulait facilement, grâce aux débridements pratiqués [1].

1. Ce fait est sans doute fort intéressant, mais il ne prouve pas qu'il s'agisse plutôt d'une albuminurie intercurrente que d'une albuminurie méconnue, latente, que le traumatisme a mise en évidence en l'aggravant; pour ma part j'inclinerais vers la seconde hypothèse.

Je rappellerai à ce propos un fait signalé par Huguier, en 1849, à la Société de chirurgie, et dans laquelle une opération a failli être pratiquée sans que l'affection des reins fût soupçonnée. Un enfant de dix à onze ans, atteint de la pierre, allait être taillé lorsqu'il fut pris d'une rougeole qui l'emporta. A l'autopsie, on trouva une grande quantité de pus dans les uretères et dans les reins. « On doit tenir compte d'un pareil fait, dit l'auteur, et ne pas attribuer dans tous les cas l'inflammation suppurative à l'opération, si on la constatait après que cette dernière aurait été pratiquée » (*Bull. Soc. de chir.*, t. I, 1848-1850, p. 174).

Dans la même discussion, Guersant dit que sur quarante-six tailles, huit opérés étaient morts, dont quatre de maladies intercurrentes : une rougeole, une scarlatine, une pneumonie et une nostalgie (*Ibid.* p. 173).

Au reste on rencontre souvent des cas où il est fort malaisé de distinguer la maladie intercurrente vraie de la maladie traumatique surajoutée ou de la manifestation constitutionnelle réveillée. — A. V.

INFLUENCE DES FIÈVRES ÉRUPTIVES SUR LE TRAUMATISME

Toutes les fièvres éruptives peuvent être modifiées dans leur évolution par le traumatisme, toutes peuvent déterminer des troubles dans les blessures; pour la rougeole et la scarlatine, ces troubles sont surtout de nature inflammatoire ; pour la variole ils offrent principalement le caractère gangreneux.

INFLUENCE DE LA SCARLATINE SUR LE TRAUMATISME

Les rapports du traumatisme avec la scarlatine ont déjà attiré l'attention des chirurgiens, qui pensent d'abord que les opérations favorisent l'apparition de la maladie.

En 1858, M. Germain Sée s'exprimait ainsi à propos de certaines éruptions ayant l'aspect du rash scarlatineux et succédant à la trachéotomie pratiquée pour le croup :

« Un phénomène qui n'avait pas été signalé et qu'on trouve une fois environ sur quatre cas, est un exanthème varié dans ses formes, qui marque la place du croup et de l'angine maligne à côté des maladies infectieuses et virulentes. L'éruption prend parfois l'aspect de l'urticaire ou de la roséole, mais le plus souvent c'est un érythème général qu'il ne faut pas confondre avec la scarlatine; il s'en distingue par sa courte durée, par une desquamation nulle ou peu marquée, par l'absence d'anasarque consécutive, mais surtout parce qu'il n'augmente ni la fièvre, ni la gravité de la maladie, ainsi qu'on devrait le constater, s'il s'agissait d'une maladie intercurrente » (*Société médicale des hôpitaux*, 1870; t. IV, p. 92, 95, 99).

Ces éruptions semblent analogues à celles que Borsieri a signalées, surtout en temps d'épidémie, dans l'angine maligne. Ce n'est pas la vraie scarlatine.

C'est en Angleterre, où la scarlatine règne épidémiquement, où elle est très commune et très bien connue, que les médecins ont noté, les premiers, l'apparition de la scarlatine vraie après les opérations.

En 1863, à la Société pathologique de Londres, Maunder rapporta qu'à la suite de deux opérations de la taille sur des enfants, il avait vu survenir une éruption que Murchison déclara être la scarla-

tine[1]. Dans la discussion qui suivit, Broadbent cita trois cas semblables; Crisp a observé un cas mortel après une circoncision; Callender, un autre après la taille; H. Lée, trois cas; Martin, un cas.

Une leçon clinique de sir James Paget, sur ce sujet, parut dans le *British Medical Journal* (1864; vol. II, p. 237). Dans cette leçon, qui constitue le chapitre XVI de son livre[2], il mentionne une dizaine de cas observés chez les enfants.

Howard Marsh, dans une note additionnelle à ce chapitre, confirme de tous points l'opinion de Paget et rapporte huit cas nouveaux.

Thomas Smith, dans la même note, rapporte que sur quarante-trois enfants sur lesquels il a pratiqué la taille, sept ont eu la scarlatine.

En 1878, M. Trélat consacre à cette question une clinique[3] qui renferme en outre un fait communiqué par M. Cartaz.

Enfin, M. Lannelongue a, dans ces dernières années, réuni six observations.

Nous ferons de nombreux emprunts à sir James Paget; nous rapporterons les cas de M. le professeur Trélat et un fait inédit de M. Lannelongue.

En relevant les cas publiés jusqu'ici, on arrive à un total de quarante-six faits dans lesquels une opération chirurgicale a été suivie de l'apparition de la scarlatine, d'où cette conclusion, que le traumatisme chirurgical paraît favoriser le développement de la maladie.

Dans tous les cas, sauf celui de M. Trélat, relatif à un jeune homme de dix-sept ans, il s'agit de jeunes enfants. Ceux-ci étant par leur âge spécialement exposés à contracter la scarlatine, la fréquence de l'exanthème chez les opérés n'aurait rien qui doive surprendre. Le fait est vrai. Mais s'il ne s'agit que de la prédisposition créée par l'âge, on doit trouver un nombre proportionnel de cas de scarlatine chez les enfants de même âge, dans les mêmes conditions, couchés dans les mêmes salles et présentant des cas de chirurgie non soumis à l'opération. Or il n'en est rien. Donc la scarlatine a une préférence marquée pour les jeunes opérés.

Voici du reste ce que dit Paget : « Dans ma pratique privée, je ne me rappelle avoir vu la fièvre scarlatine dans aucun cas chirurgical, excepté ceux chez lesquels on avait pratiqué des opérations et, dans

1. Séance du 1er déc. 1863, in *Med. Times and Gaz.*, 1863, vol. II, p. 679.
2. Paget, *Leçons de clinique chirurgicale*, traduction de M. Petit, 1877, p. 438.
3. In *Progrès médical*, n° 37, 1878, p. 721.

la pratique hospitalière, je doute qu'elle soit beaucoup plus fréquente parmi tous les autres malades pris ensemble qu'elle ne l'est chez ceux qui ont été opérés. »

Peut-être pourrait-on objecter que la fièvre était sur le point d'éclater lorsque l'opération a été pratiquée, et qu'on a ainsi attribué à celle-ci une importance pathogénique qu'elle ne possède pas; mais Howard Marsh, qui a songé à cette cause d'erreur, n'entreprend jamais une opération sans avoir examiné la température, et si on la trouve plus élevée que la normale, l'opération est invariablement ajournée.

Nous ne connaissons aucun cas où la scarlatine ait suivi le traumatisme accidentel. Mais elle succède à des opérations tantôt graves, tantôt peu importantes. Les Anglais l'ont vue maintes fois après la taille. Dans le cas de M. Cartaz, elle a suivi une résection du genou. Elle a paru après l'ablation d'une tumeur graisseuse, deux fois après une opération pour nécrose du tarse; plusieurs fois après la staphylorrhaphie (Howard Marsh). M. Trélat l'a observée à la suite d'un coup de ciseaux insignifiant; M. Lannelongue consécutivement à l'incision d'un abcès; Crisp après une circoncision. Elle n'est pas spéciale à certaines régions, s'étant montrée après les opérations pratiquées dans les points du corps les plus divers.

Combien de jours après l'opération débute la scarlatine?

Chez les deux malades de M. Trélat, les symptômes de la maladie éclatèrent dès le lendemain; il en fut de même chez le malade de M. Lannelongue.

Le tableau suivant, adressé par M. Howard Marsh, indique l'époque d'apparition.

	Sexe et Age.		Date d'admission.	Nature de l'opération.	Date de l'opération.	Date de l'attaque.
	—		—	—	—	—
	ans.	mois.				
F.	1	9	22 juill.	Pour fissure du palais.	23 juill.	24 juill.
F.	3		6 sept.	id.	8 sept.	10 sept.
M.	3		3 —	id	10 —	11 —
M.	2		31 janv.	Pour doigts coupés.	14 fév.	16 févr.
M.	3	6	24 juin.	Pour nécrose du tarse.	30 juin.	1er juill.
M.	9		6 juill.	Pour tumeur graisseuse.	8 juill.	9 juill.
M.	4	6	31 oct.	Pour nécrose du tarse.	2 nov.	4 nov.
M.	4		16 juin.	Pour abcès ischio-rectal.	16 juin.	18 juin.

Dans la moitié des cas, la scarlatine a débuté dès le lendemain de l'opération; dans les autres, elle a commencé le surlendemain. D'après

Thomas Smith[1], elle peut commencer le jour même de l'opération.

Ainsi la scarlatine peut se montrer quelques heures après une opération; mais, le plus ordinairement, c'est le premier ou le second jour; dans quelques cas rares, elle a paru plus tard, et Paget assigne huit jours comme délai extrême. En somme, elle survient dans la première semaine, ce qui prouve, d'après Paget, que son apparition est jusqu'à un certain point liée aux premières suites du traumatisme.

Voyons maintenant les caractères particuliers de cette scarlatine intercurrente. Dans le plus grand nombre des cas, on ne peut dire si la durée de l'incubation a été modifiée, car on n'a pas noté la date précise de la contagion. Dans les fièvres éruptives, en effet, il n'est pas facile de fixer d'une façon exacte le moment de cette contagion, à moins d'être favorisé par un concours de circonstances spéciales comme dans les faits suivants, rapportés par Howard Marsh[2].

Un enfant, admis le 31 janvier, subit le 14 février une opération pour une main difforme. Le 16. Le rash apparaît :

Aucune scarlatine n'avait existé près de sa demeure avant son entrée à l'hôpital, et il avait séjourné dans ce dernier pendant une période plus longue que l'incubation de la maladie sans en présenter aucun symptôme. Mais le 14 février, jour même de l'opération, un enfant admis dans la salle avec une bronchite fut trouvé trois heures plus tard avec une éruption de scarlatine.

Un autre enfant fut atteint de scarlatine un jour après une opération sur la bouche. La mère ne savait rien sur la source de l'infection, mais l'opérateur soignait à ce moment des enfants atteints de l'exanthème. Il semble donc presque certain que le premier enfant prit la fièvre, immédiatement après l'opération, du petit malade chez lequel le rash venait justement de surgir, et que le second fut infecté, au même moment, par les vêtements de son chirurgien.

Chez ces deux malades, où l'éruption caractéristique s'est montrée après un seul jour d'incubation, le moment de la contagion est déterminé nettement.

Dans la scarlatine ordinaire, la période d'incubation dépasse rarement le délai de sept à huit jours. Sa durée ordinaire est de trois à cinq jours. Dans un seul cas, cité par Trousseau, l'incubation n'a duré que vingt-quatre heures : il n'existait pas de plaie.

Chez les opérés l'incubation semble très diminuée, puisque dans la plupart des cas elle est réduite un à deux jours.

La période d'invasion présente aussi quelques particularités.

1. Note à la *Clin. chir.* de Paget, p. 442.
2. *Eod. loc.*, p. 443.

Lorsque, comme chez les malades de Howard Marsh, l'éruption suit d'aussi près la contagion, cette période est pour ainsi dire supprimée, fait noté du reste par les auteurs dans la scarlatine ordinaire, où l'éruption est parfois la première manifestation de la maladie (Trousseau). Cependant, chez le plus grand nombre des opérés, on constate une période d'invasion caractérisée par les phénomènes ordinaires : abattement, malaise général, frissons, fièvre, vomissements. On a noté quelquefois des symptômes obscurs et mal définis : presque toujours alors la maladie a eu une issue funeste (Paget).

Chez le malade de M. Cartaz, la fièvre était si intense qu'avant l'apparition de l'exanthème, on croyait au début de la pyohémie. Il en fut de même chez le jeune homme observé par M. Trélat ; le médecin ordinaire croyait à une septicémie à marche aiguë.

Voici du reste l'histoire de ce dernier malade.

Obs. XVIII. — Un jeune homme de dix-sept ans, d'un tempérament profondément lymphatique, venait de passer l'hiver dans le Midi, pour diverses manifestations diathésiques, notamment un abcès froid de la cuisse droite. Sous une apparence d'embonpoint acquis au bord de la Méditerranée, se cachait une série d'accidents peu prononcés, mais d'un caractère inquiétant. Sur divers points du corps, ulcérations scrofuleuses, superficielles, aux mains, à la fesse ; à l'épididyme du côté droit, abcès d'origine probablement tuberculeuse ; à la prostate, quelques bosselures caractéristiques. Dans le pli inguino-crural, deux orifices fistuleux résultant de l'ouverture d'un abcès ; au-dessus du pubis, du côté gauche, existait enfin un abcès froid assez volumineux. Diagnostic facile : diathèse scrofuleuse à manifestations multiples ; imminence de tuberculose génito-urinaire.

Comme il y avait indication urgente, j'ouvris, le dimanche 11 avril 1878, le petit abcès de l'épididyme et je vidai par l'aspirateur l'abcès sus-pubien. Le jeune homme, intelligent, raisonnable, n'avait pas été le moins du monde ému de cette petite opération qui s'était faite sans difficultés.

Le lundi matin, on m'envoyait chercher en toute hâte ; dans la nuit, vers quatre heures du matin, le malade pris de fièvre avec dépression et fatigue très marquées, avait vomi à plusieurs reprises. Le médecin ordinaire croyait à des accidents septicémiques aigus ; je refusai de mettre ces accidents sur le compte de l'opération ; je ne trouvais rien encore qui pût les expliquer, mais je ne voyais pas là de septicémie. Le mardi soir, les signes généraux me faisaient pencher vers l'idée d'une fièvre éruptive, et le mercredi, en effet,

apparaissait l'exanthème scarlatineux, avec l'angine caractéristique. Mon confrère fut alors gagné à l'idée d'une scarlatine ; il avait cru encore à des accidents septicémiques. J'avais écarté ce diagnostic, ne trouvant pas les caractères de la fièvre septicémique ; il n'y avait aucun phénomène du côté des abcès vidés ; on ne trouvait même plus trace de la ponction.

La scarlatine évolua régulièrement ; vers la fin survint de l'albuminurie, qui apparut juste au moment où le foyer sus-pubien présenta de la rétention du pus et une certaine accumulation de gaz. Le drainage de ce foyer fit immédiatement disparaître l'albuminurie.

Dans la plupart des cas on a constaté l'angine scarlatineuse. Paget note qu'elle manque quelquefois.

Un petit malade présenta de l'hématurie à la période d'invasion, mais il avait subi l'opération de la taille un mois auparavant, et la plaie du périnée était presque guérie quand parurent la scarlatine et l'hématurie. Le sang ne provenait donc pas de la vessie lésée, mais bien certainement des reins.

Examinons maintenant les irrégularités de la période d'éruption.

En général, c'est sur le visage que nous cherchons d'abord les exanthèmes qui s'y montrent en premier lieu, du moins dans la rougeole et dans la variole. Dans la scarlatine, au contraire, c'est plutôt sur le tronc, les avant-bras, le bas-ventre, le pli des cuisses que l'éruption apparaît d'abord. Vingt-quatre ou trente-six heures plus tard elle se montre au visage et au cou. Dans certains cas, l'éruption est plus prononcée sur le corps et les membres que sur la face et la poitrine. Or, dans la scarlatine intercurrente, l'éruption commence au pourtour de la plaie pour se propager de là au reste du corps, comme Thomas Smith l'a vu à la suite d'une lithotomie.

M. Lannelongue a constaté plusieurs fois la même particularité. Dans une observation que nous devons à ce savant chirurgien, l'éruption débuta autour d'une incision faite près du coude ; un instant même la rougeur du bras en imposa pour un commencement de phlegmon diffus ; vingt-quatre heures plus tard seulement l'exanthème scarlatineux couvrit le reste du corps.

Le plus souvent la desquamation s'est faite comme d'habitude ; dans quelques cas elle a manqué.

Parmi les complications, l'albuminurie semble être la plus fréquente. Thomas Smith, sur sept cas de scarlatine post-opératoire, l'a rencontrée trois fois. Elle a toujours revêtu une forme grave et

s'est une fois compliquée d'anasarque. Cette albuminurie n'a rien de particulier; toutefois, elle se montre peut-être plus souvent chez les opérés, car tandis qu'elle a affecté presque la moitié de ceux de Thomas Smith, MM. Rilliet et Barthez ne la notent que chez un cinquième de leurs malades.

En résumé, les modifications que présente la scarlatine intercurrente chirurgicale rappellent celles qu'on observe dans les formes dites anormales de la scarlatine ordinaire.

Nous ne pouvons rien dire de la température, ne possédant pas de tracés thermométriques complets.

Dans tous les cas, sauf celui du jeune homme de dix-sept ans cité par M. Trélat, la maladie s'est montrée chez de jeunes enfants. D'après le tableau de Howard Marsh, et les observations que nous citons, on peut ajouter qu'elle atteint plus souvent les garçons que les filles, dont on trouve deux seulement sur un nombre total de treize malades. La rareté chez l'adulte s'explique facilement par l'immunité conférée sans doute par une scarlatine antérieure contractée pendant l'enfance.

On s'est demandé s'il s'agissait bien ici de la vraie scarlatine. A ne considérer que les faits en eux-mêmes, on peut répondre par l'affirmative. En effet, nous voyons, après une incubation de un à trois jours, paraître successivement sur toute la surface du corps une éruption d'un rouge framboisé, accompagnée de fièvre, presque toujours d'angine, suivie de desquamation, et fréquemment enfin compliquée d'albuminurie caractéristique. Cette éruption se montre surtout durant les épidémies de scarlatine chez des opérés manifestement contagionnés par d'autres malades affectés de la scarlatine ordinaire; d'autres fois elle semble se développer spontanément chez l'opéré, mais alors se transmet par contagion, à d'autres sujets opérés ou indemnes de toute blessure.

C'est précisément ce qui arriva pour le malade de M. Cartaz; à son entrée, point de scarlatine dans l'ambulance; on l'opère, au troisième jour il en est pris; quelques jours après on signale deux cas nouveaux dans la même salle. Ainsi se trouve démontrée la nature contagieuse de cet exanthème. Ajoutons que les opérés qui ont été atteints autrefois de la scarlatine ordinaire, ne contractent plus cette affection bien qu'ils y soient exposés de nouveau. Tous ces traits caractérisent bien la fièvre scarlatine [1].

1. Les rash scarlatineux et rubéoleux sont très éphémères et s'accompagnent de troubles généraux à peine marqués.

D'autre part, on ne peut mettre en doute les assertions et la science de chirurgiens tels que Paget, Thomas Smith, Gee, qui les premiers ont étudié cette question. Il faut également accepter sans hésitation le diagnostic porté par M. Trélat et par un médecin aussi expérimenté que M. Hardy.

Mais, quel rapport existe entre le traumatisme et l'apparition de la scarlatine? Dans l'état actuel de la science il est encore impossible de l'établir.

Paget s'exprime ainsi sur ce point de pathogénie : « On peut donner deux explications de ce fait. Ou bien la condition produite chez un patient par une opération chirurgicale l'expose particulièrement à la réception d'un poison morbide épidémique ou contagieux, et le virus s'imprégnant immédiatement après l'opération, produit son effet spécifique en un temps beaucoup moindre que la période ordinaire d'incubation; ou bien ceux qui sont atteints de la scarlatine dans les quelques jours qui suivent l'opération, avaient auparavant absorbé le poison, lequel n'aurait peut-être jamais manifesté ses effets ou les aurait produits plus tard, si la santé n'avait pas été affaiblie ou troublée. La seconde de ces interprétations paraît être la plus probable, car elle est d'accord avec ce qui a été observé lorsque beaucoup de personnes ont été exposées à la contagion de la fièvre et que certaines ont été ensuite épuisées de fatigue ou d'autre chose. Celles-ci ont eu la fièvre, tandis que celles qui se sont reposées après l'exposition à la contagion y ont échappé. » (*Clin. chir.*, p. 440.)

La seconde théorie du chirurgien anglais est très admissible. La première au contraire est passible d'une objection. On peut se demander en effet pourquoi, parmi les poisons épidémiques et contagieux auxquels le blessé est exposé, celui de la scarlatine est surtout absorbé. La variole et la rougeole sont beaucoup moins fréquentes chez les blessés, lors même qu'ils sont dans des conditions favorables pour contracter ces maladies.

M. Trélat, comme Paget, admet l'existence d'un rapport entre le traumatisme et l'apparition de la scarlatine; mais il n'émet aucune théorie spéciale pour l'expliquer.

Depuis longtemps, M. Hervieux, médecin de la Maternité, a noté chez les femmes en couches des scarlatines survenant dans la première semaine après l'accouchement. Les gynécologistes se sont beaucoup occupés de la question, et une discussion intéressante a eu lieu, il y a deux ans, à la Société obstétricale de Londres. On a surtout observé cette scarlatine dans les épidémies de fièvres puerpé-

rales; par ses symptômes et sa marche elle ressemble à celle des opérés [1].

D'autres éruptions cutanées peuvent se montrer après les opérations chirurgicales. Elles ont été étudiées en France par MM. Verneuil (1868), Tremblez (1870 et 1876); en Angleterre, par Braidwood dans son *Traité de la pyohémie*. Elles diffèrent complètement de la scarlatine. Nous n'y insisterons pas davantage [2].

La scarlatine intercurrente exerce sur la marche du traumatisme une influence fâcheuse. Pendant sa durée, la suppuration augmente, les plaies prennent mauvais aspect; la cicatrisation, arrêtée pendant la maladie, marche ensuite avec une très grande lenteur.

Ces troubles furent très marqués chez un malade dont M. Trélat raconte ainsi l'histoire [3] :

Obs. XIX. — Un enfant soigné autrefois d'une coxalgie, avait été pris de rougeole au mois de décembre dernier; la convalescence lente, pénible, avait laissé une faiblesse très marquée. Depuis quelques jours, douleur et gonflement de la cuisse, annonçant un abcès de la région antérieure, en partie sous-aponévrotique, en partie sous-cutané, qui ne me parut point ossifluent et fut regardé plutôt comme un de ces abcès critiques des fièvres éruptives.

« L'abcès fut vidé par un tube à drainage; la quantité de pus était assez minime et le foyer assez petit pour qu'on puisse, au bout de quinze jours, supprimer le tube. L'orifice supérieur se ferma, l'inférieur resta ulcéré. Au bout de trois semaines, je fis changer le pansement; malgré tout, le trajet fistuleux s'était décollé. Je pris le parti de le fendre de haut en bas d'un coup de ciseaux.

« Le lendemain, apparition de fièvre avec mal de gorge, et en moins de vingt-quatre heures, éruption généralisée que le jeune médecin qui soignait ce malade n'hésita pas à qualifier de scarlatine. M. Hardy, appelé en consultation, confirma sans embarras ce diagnostic; le cas était des plus nets.

1, Voir pour cette question la thèse inaugurale de M. Guéniot, Paris, 1862, et celle plus récente de M. Geneix, *Des éruptions cutanées dans l'infection puerpérale, et en particulier de l'érythème polymorphe*, Paris, 1883. — L'auteur assimile ces éruptions à celles qui surviennent dans le cours de la septicémie chirurgicale et de certaines maladies infectieuses, et leur attribue la même origine, la même cause pathogénique, l'infection. — A. V.

2. On trouvera plus loin, dans ce volume même, p. 374, les documents relatifs à cette question.

3. *Progrès médical*, 1878, p. 721.

« Cette scarlatine évolua bien au début; mais la terminaison fut marquée par des irrégularités dans le cycle fébrile et dans la marche de la desquamation. Pendant tout ce temps, le trajet fistuleux suppura, la plaie offrit un aspect livide, mauvais, et les choses ne rentrèrent dans l'ordre que très tardivement, à la belle saison, et après le transport du malade à la campagne. »

En cas d'arthrite fongueuse, la scarlatine intercurrente peut, après une opération minime, provoquer des accidents qui précipitent la marche de la maladie et aggravent la situation. Mais si la réaction inflammatoire, déterminée par la fièvre éruptive, ne dépasse pas une certaine limite et si ces accidents immédiats sont conjurés, il peut arriver que la lésion articulaire chronique, modifiée d'une façon salutaire par cette poussée aiguë, présente ultérieurement une amélioration notable et presque une guérison. La scarlatine exerce alors une action thérapeutique analogue à celle des douches, du massage, de l'ignipuncture et des autres moyens employés contre les tumeurs blanches à marche atonique et tout à fait chronique. L'observation suivante, qui nous a été communiquée par M. Lannelongue, tendrait à le prouver.

Obs. XX. — *Tumeur blanche du coude gauche. Scarlatine intercurrente. Influence fâcheuse qui amène très promptement de nombreux abcès. Sortie en voie de guérison.*

A... (François), quatre ans, entre à l'hôpital le 10 novembre 1877.

Depuis trois ans, tumeur blanche du coude gauche; épaississement fongueux de chaque côté et au-dessus de l'olécrâne, gonflement de l'extrémité supérieure du cubitus, abcès; mouvements presque abolis ou du moins considérablement diminués. L'enfant a eu la coqueluche pendant cinq semaines, et la rougeole un mois avant le développement de l'arthrite; il est tombé sur le coude en janvier 1871.

10 novembre. Ouverture de l'abcès. Le lendemain on constate sur tout le bras et l'avant-bras une rougeur disséminée et vive qui a son origine autour de la plaie; on craint un phlegmon diffus.

Le 12. Scarlatine confirmée avec mal de gorge.

Le 13. Passage en médecine.

A... revient en chirurgie le 26 décembre avec le coude plus malade; de nouveaux abcès se sont produits; le gonflement est devenu plus considérable, les fongosités plus abondantes. La scarlatine a donc eu sur la lésion du coude une influence fâcheuse.

2 janvier 1878. Coude gonflé, rougeur superficielle. Empâtement de la peau et des couches sous-jacentes; fongosités profondes autour du cubitus et de l'extrémité supérieure du radius, où elles forment une couche très épaisse. Deux abcès s'étant formés pendant le séjour du malade en médecine, il existe à la face postérieure du coude trois ouvertures, par lesquelles un stylet arrive sur l'extrémité supérieure du cubitus, dénudée et cariée dans une grande étendue; l'état actuel du malade est plus grave qu'avant la scarlatine.

Le 21. Les fongosités s'accroissent; le coude est plus gonflé, l'état s'aggrave.

Le 25. De nouveaux abcès se forment.

4 février. Deux ouvertures existent au-dessus de l'olécrâne, en dedans et en dehors, et deux au-dessous, à un pouce de distance des premières. Les quatre trajets aboutissent profondément, probablement à la partie coronoïdienne du cubitus. On ne trouve ni sequestre ni ostéite, mais une carie véritable. L'humérus et le radius paraissent sains, mais l'articulation est pleine de fongosités, ce qui implique que les surfaces articulaires sont prises. Les parties molles sont dures, compactes, fongoïdes, la peau est rouge et épaissie; on est frappé de la rapidité avec laquelle ces grands désordres se sont produits.

17 mars. Le coude s'améliore ; les parties profondes, moins fongueuses et moins molles, durcissent et se tassent; la peau n'est plus rouge que superficiellement. Les orifices fistuleux donnent moins et tendent à se fermer. L'état général est bon.

15 juin. Le malade sort de l'hôpital; l'arthrite est en voie de guérison.

M. Lannelongue accompagne cette observation des réflexions suivantes : « Ce malade est venu à la consultation de l'hôpital le 8 novembre, dans la salle le 9. Le 10, il présentait un abcès qui fut ouvert ce jour-là. Le 11, rougeur de tout le bras et l'avant-bras, qui fait craindre un phlegmon diffus. Le 12, scarlatine confirmée ; passage en médecine. L'incubation a donc duré trois jours au plus et peut-être même deux jours seulement. L'éruption a débuté par la plaie du coude.

Cette scarlatine a provoqué quelques accidents. Pendant le séjour du malade en médecine, de nouveaux abcès se sont ouverts, et quand il est redescendu en chirurgie, le 25 décembre, il présentait trois trajets fistuleux, une production considérable de fongosités nouvelles, une dénudation beaucoup plus étendue du cubitus, un

état beaucoup plus friable de cet os, un relâchement plus prononcé des ligaments. Plus tard s'est montré encore un nouvel abcès. La poussée a été ainsi considérablement accrue et augmentée jusqu'aux premiers jours de février ; puis période décroissante à marche beaucoup plus rapide que d'habitude. »

En résumé, la scarlatine semble avoir été suivie d'une réaction salutaire, mais son influence n'est pas toujours aussi favorable.

En effet, Th. Smith, d'après Holmes, a observé un insuccès opératoire[1]. — Petite fille de deux ans et onze mois : deux opérations de staphylorrhaphie. La première échoua par le fait d'une scarlatine; après la seconde, la réunion se fit, mais la petite malade fut prise de toux le huitième jour et les surfaces réunies se relâchèrent dans une grande étendue.

Dans quelques cas rares, la mort a paru favorisée par la complication. Paget a observé deux faits de ce genre.

Au point de vue du diagnostic et du pronostic, nous rappelons qu'on a pu se croire en présence de la pyohémie, de la septicémie et du phlegmon diffus, alors qu'il ne s'agissait que des troubles du début de la scarlatine. Le chirurgien observera donc avec soin, surtout chez les jeunes enfants récemment opérés, les divers symptômes, et ne se hâtera pas de porter un diagnostic que l'éruption caractéristique de la scarlatine viendrait renverser.

Il en fut ainsi dans le cas suivant, observé par M. Cartaz.

Obs. XXI. — Mobile, vingt ans ; plaie pénétrante du genou par coup de feu. Résection quatre jours après la blessure, le malade refusant l'amputation. Trois jours après, apparition d'une scarlatine dont le diagnostic ne fut posé que tardivement : au début, avant l'éruption, on avait cru à la pyohémie, en raison de l'intensité de la fièvre. Il n'existait pas de scarlatine à ce moment dans l'ambulance, mais dix jours après on en signalait deux cas[2].

La scarlatine produit dans l'économie des troubles profonds qui marquent pour longtemps son passage. Aussi, après cette maladie, on devra temporiser et différer les opérations qui ne sont pas ur-

1. Holmes, *Thérap. des mal. chirurg. des enfants*, trad. Larcher, 1870, p. 153. Les détails donnés par Holmes sur ce cas ne se trouvent pas tous dans le travail de Smith, in *Med. Chir. Trans.*, 1868, t. LI, p. 91, n° 5. — Voir dans le livre de Holmes, p. 762, un cas d'influence fâcheuse de la scarlatine sur une opération d'évidement de l'astragale pour carie.

2. *Progrès médical*, 1878, p. 722.

gents. On se mettra de la sorte à l'abri des insuccès opératoires et des complications graves, qui peuvent survenir.

Ces faits doivent imposer une grande prudence dans la chirurgie de l'enfance. Autant que possible, il faut s'abstenir de toute opération pendant la période d'incubation des fièvres éruptives et même lorsqu'existent de simples accès fébriles. Quand on a des doutes sur l'état du sujet, et que la température dépasse la normale, il faut attendre quelques jours. Malheureusement, chez les opérés, la scarlatine a un début si brusque, qu'il est souvent impossible de la prévoir. On peut conclure ainsi:

1° Le traumatisme chirurgical crée une prédisposition au développement de la scarlatine;

2° La scarlatine intercurrente a un début brusque et un type anormal;

3° Elle trouble la cicatrisation des plaies.

[Depuis la publication de la thèse de M. Dunoyer, d'autres travaux ont paru sur la scarlatine chirurgicale; nous citerons en particulier :

W. E. Paley, *A contribution to the etiology of scarlatina in surgical cases*, in *Guy's Hosp. Rep.*, 1879, 3e S., vol. XXIV, p. 287. — H. G. Howse, *Some account of an epidemie of surgical scarlatina*, in *Ibid.*, p. 441. — Edward C. Stirling, *Obs. on certain eruptions of the skin which occur after recent operations and injuries*, in *St Georges's Hosp. Rep.*, 1879, vol. X, p. 519. — Riedinger, *Ueber der Auftreten von Scharlach bei Operirten und Verwundeten*, in *Centr. f. Chir.*, 1880, p. 134 et 449. — Treub, *Scharlachepidemie in einer chirurgischen Krankenabtheilung*, in *Ibid.*, p. 289.

H. Marsh, Riedinger, Holmes, Trélat, Goodhart, discussion au congrès médical internat. de Londres, in *Trans. of the Congress*, vol. IV, p. 177, 1881[1].

Enfin la thèse de M. Batut : *De la scarlatine chirurgicale*, Paris, 1882, n° 349. — Ce travail résume les précédents et renferme quelques faits nouveaux; mais, comme les auteurs qu'il cite, M. Batut s'occupe surtout de rechercher l'influence du traumatisme sur la scarlatine, d'étudier la nature de la scarlatine chirurgicale, et ne consacre que quelques pages à l'influence de la scarlatine

1. Voir en outre : — Puzey, *Remarks on a case of high temperature, with scarlatinoïd rash* (roseola) *occurring after excision of the Knee-joint*, in *Med. Times and Gaz.*, 1871, II, p. 573.

sur la marche des plaies. Tous cependant, sauf Riedinger, sont d'avis que le cicatrisation est retardée, que la réunion par première intention manque le plus souvent et que les plaies suppurent plus ou moins abondamment. La mortalité même des blessés ou opérés semble augmentée. Sur les cent vingt malades dont M. Batut a réuni les observations, seize sont morts: dans deux cas par aggravation de la blessure, dans les autres par aggravation de la scarlatine (accidents urémiques). De ce dernier chef, Treub a perdu trois maladés sur cinq.

Rappelons encore, à titre de document curieux, une courte communication de M. Richard à la Société anatomique, relative à la manière dont l'éruption scarlatineuse se comporte sur les tissus de cicatrice.

Une jeune fille portait au cou, au bras gauche et à l'avant-bras du même côté des cicatrices fort étendues, résultant d'anciennes brûlures. La scarlatine était au troisième jour. L'éruption peu marquée sur les autres parties du corps était beaucoup plus foncée au niveau du tissu cicatriciel sur lequel la coloration était brunâtre, lie de vin, et disparaissait sous la pression du doigt pour reparaître immédiatement après. Cette coloration a persisté six ou huit jours après qu'elle avait disparu des parties voisines[1]. — A. V. 1884[2].]

INFLUENCE DE LA ROUGEOLE SUR LE TRAUMATISME

La rougeole et la scarlatine, très voisines en pathologie, diffèrent cependant l'une de l'autre dans leurs rapports avec la chirurgie.

La première en effet n'a pas de tendance à se développer chez les opérés, comme nous l'avons observé en 1875, à l'hôpital militaire de Toulouse. Durant l'hiver, éclata dans cette ville, une forte épidémie de rougeole qui frappa spécialement la garnison. Deux grandes salles de quarante lits furent consacrés au service des morbilleux. L'épidémie dura plus de quatre mois; on put compter de quatre à six et même une fois huit nouveaux en une journée; il y eut plusieurs cas de mort. Ce service était situé immédiatement au-dessus de la salle de chirurgie, un escalier commun les faisait communiquer, le personnel des deux divisions se mélangeait souvent; malgré

1. *Bull. Soc. anat.*, 1849, vol. XXIV, p. 210.
2. Voir plus loin à l'appendice une belle observation de scarlatine compliquée d'accidents locaux, p. 369.

cet isolement incomplet, il n'y eut pas un seul cas de rougeole dans la salle de chirurgie.

Paget et Howard Marsh n'ont pas vu davantage la rougeole se développer après les opérations. Toutefois la rougeole, comme les autres maladies, peut apparaître chez des blessés.

Le traumatisme n'imprime à la rougeole aucune modification notable. La rougeole, au contraire, semble troubler la marche des blessures, puisque dans les observations suivantes, elle n'est restée qu'une seule fois indifférente.

Obs. XXII. — *Plaie du genou. Tétanos. Amputation de la cuisse. Rougeole au neuvième jour. Guérison*[1].

M..., cinq ans, admis dans le service du Dr Macdonald le 19 février 1876. Un mois avant l'entrée à l'hôpital, blessure profonde à la partie interne du genou gauche : suture et pansement simple; inflammation superficielle ; trois semaines après l'accident, tuméfaction du genou ; déjà, avant l'entrée, mâchoire contracturée.

A l'admission, surface ulcérée, large comme la paume de la main, remontant au-dessus de l'articulation et communiquant avec elle en bas par une ouverture qui laisse apercevoir le condyle interne du fémur. Santé très détériorée, appétit bon. — Potion au chloral et au bromure de potassium. Température : 38°,8 (102° F.).

20 février. Température du matin : 37°,8 (100° F.) ; dans la journée, un peu de trismus. Le soir, à huit heures, attaque d'opisthotonos qui dure environ deux minutes. On administre le chloroforme. à huit heures et demie, M. Spence fait l'amputation de la cuisse pendant laquelle, quoique chloroformé, le malade a deux attaques. Au réveil, nouveaux accès d'opisthotonos qui se succèdent toutes les dix minutes pendant deux heures jusqu'à l'administration de 1gr,10 de chloral ; les intervalles de repos durent alors quarante-cinq minutes ; à chaque spasme, 25 centigrammes de chloral et injections hypodermiques avec trois, cinq, sept gouttes d'une solution d'atropine.

Le 21. Quatre spasmes à deux heures d'intervalle. Appétit bon. On continue le chloral à dose décroissante pendant une semaine. La température tombe le second jour après l'opération à 37° (98°,6 F.) et continue d'osciller entre 36°,6 (98° F.) et 37°,2 (99° F.) pendant neuf jours. Alors se produit une ascension brusque de la température coïncidant avec l'apparition d'une éruption de rougeole.

1. *The Lancet*, 1876, vol. I, p. 602.

14 mars. Plus de contracture ; moignon entièrement guéri.

Ainsi la rougeole, survenue le neuvième jour après l'amputation de la cuisse, n'a eu aucun retentissement sur la plaie, car les lambeaux sont restés réunis par première intention. Voilà de plus un cas rare de tétanos guéri par l'ablation de la partie blessée.

Dans une autre observation de rougeole, chez un blessé également atteint de tétanos, la cicatrisation a été arrêtée par la fièvre morbilleuse.

Obs. XXIII. — *Plaie des parties molles de la cuisse. Tétanos. Rougeole*[1].

Müller, blessé le 6 août, admis le 10; plaie par éclat de grenade à la cuisse. Le blessé arriva mouillé sur le champ de bataille; après sa blessure il resta jusqu'au lendemain à midi étendu sur la terre.

17 août. Trismus. Le 18. Tétanos.

Du 2 au 8 septembre, rougeole. La blessure pendant la durée de la rougeole ne montre aucune tendance à la guérison.

Müller a pris 250 grammes de chloral.

L'observation suivante est tirée d'une leçon clinique de M. Cadet de Gassicourt[2].

Obs. XXIV. — *Laryngite diphthéritique. Trachéotomie. Canule pendant cinquante jours. Rougeole. Troubles dans la cicatrisation de la plaie. Broncho-pneumonie. Mort.*

X..., quatre ans, entre le 3 novembre 1877 à l'hôpital Sainte-Eugénie pour une laryngite diphthérique. Dans la nuit du 4, trachéotomie. Pendant cinquante jours, fausses membranes rendues par la canule. On essaye plusieurs fois d'enlever celle-ci, mais des accès de suffocation obligent aussitôt à la replacer: on ne put la supprimer complètement que le 11 décembre.

14 décembre. La plaie du cou est réduite à un petit pertuis qui semble devoir se cicatriser très rapidement.

Le 15. Toux fréquente avec dyspnée, râles ronflants et sous-crépitants. Les jours suivants, l'enfant est grognon, abattu et vomit plusieurs fois. Température : 40°. Une nouvelle fausse membrane se montre dans la narine droite et y persiste pendant quatre jours.

Le 20. L'éruption caractéristique de la rougeole apparaît sur la

1. Schinzinger, *Das Reserve-Lazareth Schwetzingen im Kriege* 1870-1871. Freiburg i. Br., 1873, p. 30.

2. Golay, *Progrès médical*, 1878, n° 17, p. 313.

face ; elle est discrète, très pâle et commence à s'effacer dès le troisième jour au matin ; la température tombe à 38°.

Quarante-huit heures avant l'apparition de la rougeole, la plaie du cou presque fermée s'est rouverte; elle s'agrandit peu à peu et devient assez large pour pouvoir recevoir de nouveau une canule à trachéotomie ; elle n'a pas mauvais aspect, mais ne paraît avoir aucune tendance à la cicatrisation. État général mauvais.

Le 25, les parents retirent leur enfant de l'hôpital ; mais deux jours après ils le ramènent. Pouls à 124, respiration anxieuse, rapide (44 resp.) ; râles fins et sous-crépitants aux deux bases. La plaie est blafarde et stationnaire.

Au commencement de janvier, état général de plus en plus fâcheux : une broncho-pneumonie, d'abord disséminée, se généralise.

Le 9 au soir, 41°. — Les jours suivants, aggravation; la plaie du cou est grisâtre et ses bords complètement décollés; dyspnée considérable le 15 ; la mort survient dans la journée.

Les accidents du côté de la plaie ne peuvent être mis sur le compte de la diphthérie. La cicatrisation était, en effet, presque complète, lorsque survint la rougeole; c'est alors seulement que le travail réparateur s'arrêta et que la cicatrice se détruisît. Il est vrai que sans l'altération profonde imprimée par la diphthérie à l'état général, la rougeole n'aurait pas eu peut-être une influence aussi fâcheuse sur la marche de la plaie.

[J'ai rencontré dans mes lectures deux observations qui semblent démontrer l'influence funeste exercée par une rougeole intercurrente sur la marche de deux traumas chirurgicaux.

Obs. XXV. — Jeune fille atteinte de gangrène de la joue gauche au cours d'une fièvre typhoïde. Rétraction considérable des mâchoires; section de l'os et d'une partie du tissu cicatriciel.

Le lendemain de l'opération, cette fille eut la rougeole, ce qui ne contribua pas peu à amener le gonflement et la gangrène de la plaie faite à la face. De plus, le vingtième jour, les bouts des fragments se sont nécrosés, de telle sorte que nous avions le bénéfice de la perte de substance que quelques chirurgiens ont conseillée dans l'espoir d'établir plus sûrement une fausse articulation[1].

Obs. XXVI. — Fille de vingt-cinq mois, manifestement scrofuleuse;

1. Marjolin, *Bull. Soc. de chir.*, 1862, 2e S., t. III, p. 398 et 402.

Ostéo-périostite du premier métacarpien gauche avec abcès symptomatique, impétigo du cuir chevelu, adénite sous-maxillaire; conjonctivite et blépharite ciliaire rebelles ; cicatrice d'abcès froid à la jambe gauche.

Abcès considérable à la face dorsale de la main depuis trois semaines. Le 21 avril, incision de deux centimètres sur la face dorsale et au centre de la tumeur. Issue de pus celui des abcès chauds; l'os est à nu, très tuméfié et très dur dans toute son étendue. Cataplasmes. Amélioration.

Dans les premiers jours de mai, rougeole bénigne contractée dans la salle.

Le 10, gangrène de la vulve et de l'anus. Cautérisation au fer rouge.

Le 15, fièvre intense; écoulement sanieux, fétide, des parties gangrenées; état stationnaire de l'affection primitive. Mort le 17

A l'autopsie, infiltration générale de granulations tuberculeuses en voie de ramollissement dans les deux poumons.

Foie énorme, jaunâtre, manifestement graisseux[1].

En résumé, la rougeole paraît avoir eu sur le traumatisme une influence assez funeste, puisque dans le premier cas la rougeole a désuni une cicatrice et que dans le second cas elle a amené la gangrène d'une plaie chirurgicale ; dans le troisième, la rougeole n'a eu aucun retentissement sur l'affection chirurgicale mais il est probable que le mauvais état général de la malade n'a pas été sans influence sur la gangrène de la vulve.

Le fait suivant paraît démontrer que la rougeole, comme la scarlatine, laisse dans l'économie des troubles profonds, coupables d'exercer une influence fâcheuse sur une opération pratiquée après la guérison de l'exanthème. — A. V. 1884.]

Obs. XXVII. — On enleva un kyste dermoïde du sourcil chez une petite fille de cinq ans dont la santé générale paraissait bonne. Il s'ensuivit un sphacèle tellement étendu qu'après la cicatrisation de la plaie, les paupières ne pouvaient plus se fermer. On apprit alors que l'enfant était guérie d'une rougeole grave depuis moins d'un mois[2].

1. Goetz, *Étude sur le spina ventosa*, Thèse de Paris, 1877, p. 96.
2. H. Marsh, *Notes à la Clin. chir.* de Paget, p. 58.

INFLUENCE DE LA VARIOLE SUR LE TRAUMATISME

Les blessés ne paraissent pas plus disposés que les autres sujets à contracter la variole. A la Pitié, depuis le commencement de l'épidémie de 1879, malgré l'isolement fort incomplet des malades, un seul cas s'est montré dans les salles de chirurgie.

Le trauma, en revanche, influe sur le mode d'apparition et d'évolution des pustules varioliques. Ordinairement l'éruption apparaît d'abord sur le visage et le cou, gagnant ensuite la poitrine et les membres; or, chez les blessés, l'éruption se montre simultanément à la face et sur le pourtour de la plaie pour envahir ensuite le reste du corps, et les pustules voisines du foyer traumatique ont de même que celles du visage une marche plus rapide que les autres.

Le traumatisme change également le mode de distribution des pustules qui, en cas de variole discrète ou confluente, sont plus nombreuses dans la région blessée.

Ceci résulte probablement de l'activité de la circulation au voisinage des solutions de continuité. Ce fait a été déjà observé par Trousseau : il fait remarquer que c'est dans les parties les plus vasculaires de la peau que l'éruption variolique est la plus abondante : c'est à la face d'abord et aux extrémités, puis au pourtour d'une petite plaie, d'un cautère, d'un vésicatoire, que les pustules se développent en plus grand nombre [1].

La marche du traumatisme est influencée par la variole; à la période d'incubation on ne remarque dans les plaies que des troubles peu marqués; à la période d'invasion et à celle d'éruption, la suppuration diminue; au moment où arrive la suppuration des pustules, le pus de la plaie devient plus abondant et le liséré cicatriciel, qui jusqu'alors était resté intact, s'ulcère. Les cicatrices nouvellement formées sont, au début de la variole, soulevées par de la sérosité qui devient bientôt purulente; alors elles se déchirent et laissent à nu une surface ulcérée.

Nous n'avons pas observé de variole intercurrente en cas de fractures; mais, au dire des auteurs, elle est une cause de retard dans la cicatrisation du tissu osseux.

Le pronostic des blessures est aggravé par l'intercurrence d'une variole. Voici plusieurs observations qui le prouvent.

1. Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 3e édit., t. I, p. 10.

Obs. XXVIII. — *Tumeur blanche du genou. Amputation. Variole. Mort*[1].

En mai 1867, Lai... trente-cinq ans, entre à l'hôpital de Fontenay-le-Comte pour une tumeur blanche datant de trois ans. Le genou gauche est en pleine suppuration, très douloureux, et sillonné de fistules ; l'affaiblissement est extrême.

Amputation de la cuisse ; pas d'accidents immédiats ; l'état général, au contraire, s'améliore ; mais la malade qui n'avait pas été vaccinée est prise dix jours après d'une variole confluente et succombe pendant la période de suppuration, le dix-huitième jour de l'opération.

Les premières traces de cicatrisation avaient été détruites et il était survenu une gangrène assez étendue des bords de la plaie. On observa que les pustules était trois fois plus confluentes sur le moignon que sur le reste du corps.

Obs. XXIX. — *Variole discrète. Éruption abondante autour d'une ulcération de la jambe, lymphangite suppurée.*

A... B..., blanchisseuse, seize ans, faible, chétive, présente tous les signes de la diathèse strumeuse et n'a jamais fait de maladies graves. Cicatrices de vaccine aux deux bras.

Le 30 mai, frisson violent, fièvre, céphalalgie, douleurs lombaires, nausées. Le jour suivant, apparition d'une variole discrète à marche régulière. Entrée à l'hôpital, service de M. Brouardel.

Le 6 juin, huitième jour de la maladie, pustules en pleine suppuration, éruption partout discrète, sauf sur la face, ainsi que sur une portion de la jambe gauche ; à la partie moyenne de celle-ci existe un bouton de la grosseur d'une noisette, lequel datant d'une dizaine de jours, ayant été gratté et écorché, s'est recouvert d'une petite croûte noirâtre formée de sang coagulé ; la base de ce bouton est entourée d'un cercle régulier de grosses pustules varioliques, contiguës par leurs bords ; au voisinage les pustules sont plus volumineuses et deux fois plus abondantes que sur le reste de la jambe.

10 juin. La croûte est tombée, laissant à découvert une ulcération grande comme une pièce d'un franc, circulaire, rougeâtre, à bords durs et amincis.

11 juin. Les pustules se dessèchent sur tous les points du corps ; cependant les jours suivants, température élevée, malaise général ; une rougeur érysipélateuse paraît autour de la plaie d'où part, le 15 juin, une traînée de lymphangite qui se termine aux

1. Robuchon, Thèse de Paris, 1872, p. 3.

ganglions de l'aine. Pendant ce temps la plaie est sèche et grisâtre.

Le 17 juin. La plaie, qui présente les caractères d'une ulcération strumeuse, s'est détergée et recouverte de gros bourgeons fongueux sécrétant du pus séreux et grumeleux. La desquamation est presque terminée.

Le 18. Lymphangite en résolution complète, petit abcès à la partie moyenne de la cuisse. Même état de la plaie.

Le 25. Abcès fluctuant, plaie suppurant peu, sans tendance à la cicatrisation.

Le 26. Incision de l'abcès ; pus séreux.

Le 29. L'incision de la cuisse est fermée ; liséré cicatriciel autour de la plaie de la jambe, qui est complètement close dans les premiers jours de juillet.

Obs. XXX. — *Nécrose du fémur. Opération. Variole. Guérison.*

L..., journalier, vingt-trois ans, grand garçon qui présente les caractères de la diathèse strumeuse, quoique possédant une constitution robuste; jamais d'accidents syphilitiques ou vénériens; cicatrices de vaccine aux bras. Le mal a débuté, en 1874, par des abcès qui se sont ouverts spontanément, et ont laissé deux trajets fistuleux à la partie supérieure et postérieure de la cuisse gauche.

M. Verneuil diagnostique une nécrose, et le 14 mars 1879, fait, en suivant les trajets fistuleux, une large incision qui met le fémur à découvert. Tout va bien jusqu'au 2 mai ; ce jour-là, malaise général quelques douleurs dans la plaie ; le lendemain céphalalgie, inappétence.

Le 4 mai. Douleurs lombaires, fièvre intense ; un rash se montre le soir aux plis des aines. La plaie est congestionnée, un peu douloureuse, suppuration séreuse et moins abondante.

Le 5. Éruption variolique sur la face et le cou.

Le 6. L'éruption se généralise à tout le corps ; elle est confluente et plus abondante autour de la plaie, laquelle, blafarde sur les bords, donne une petite quantité de pus séreux ; les bourgeons charnus sont affaissés. — Le 7 et le 8. Même état.

Le 9. Quelques vésicules au voisinage de la plaie sont colorées en noir par du sang, bien que la variole ne soit pas hémorrhagique. Fièvre intense avec délire, un peu d'albumine.

Le 10. Orchite varioleuse du côté gauche ; la suppuration de la plaie augmente.

Le 11. Pustules de la face et du pourtour de la plaie en pleine suppuration, ainsi que celles du reste du corps.

Le 12. Au moment où commence la desquamation, les bords de la

plaie, qui a continué de sécréter une grande quantité de pus séreux, s'ulcèrent en divers points.

3 juin. Desquamation à peu près complète ; la plaie n'offre aucune tendance à la réparation. Dans le courant du mois, la membrane granuleuse se reforme pourtant et la cicatrisation, longtemps suspendue, reprend sa marche, mais la plaie est toujours blafarde, donnant un liquide séro-purulent.

4 juillet. La plaie a diminué de moitié; sa surface est rosée, le pus est de bonne nature et en quantité normale. Depuis cette époque, la cicatrisation suit un cours régulier et la guérison s'achève.

Dans l'observation suivante, la variole a ramolli, déchiré et fait disparaître le tissu inodulaire.

Obs. XXXI. — *Plaie contuse cicatrisée. Variole. Destruction de la cicatrice. Mort.*

B..., vingt-trois ans, cocher, robuste, alcoolique. N'a jamais été vacciné.

3 mai 1879. Coup de pied de cheval au pied gauche, plaie contuse superficielle au niveau du tarse. Soigné dans le service de M. Polaillon.

Le 20. Envoyé à Vincennes.

Le 10 juin. Cicatrisation complète.

Le 21 juin. Frissons, fièvre, céphalalgie, douleurs lombaires.

Le 23 B... rentre à l'hôpital, service de M. Brouardel.

Rougeur intense de la face, qui est recouverte de papules nombreuses, ainsi que le dos du pied blessé; sur le reste du corps, l'éruption ne fait qu'apparaître. Au-dessous de la croûte qui occupe le centre de la cicatrice existe une petite quantité de sérosité.

Le 25 juin. État général grave, éruption généralisée et confluente. Sur le dos du pied, pustules plus nombreuses que partout ailleurs, petites, et pour ainsi dire empiétant les unes sur les autres; elles sont groupées autour de la cicatrice qui n'en présente pas une seule et qui est tout entière soulevée par du liquide purulent; quelques douleurs à ce niveau.

Le 26. La cicatrice s'est déchirée, laissant à découvert une surface irrégulière, grisâtre, de mauvais aspect.

Le 29, la suppuration commence dans les pustules de la face et du pourtour de la plaie.

Le 30, elle se continue dans le reste du corps.

Les bords de l'ulcération sont grisâtres, le reste de la surface est rouge, çà et là quelques petits points hémorrhagiques. Pansement avec de la charpie imbibée d'acide phénique.

Le 31, violent délire. Mort le même jour.

L'autopsie ne présente rien de particulier.

[J'ai vu plusieurs fois la variole survenir chez mes blessés et mes opérés, mais je n'ai pas recueilli de notes sur tous ces cas. Ordinairement, en effet, lorsqu'une maladie de ce genre se montre dans nos salles de chirurgie, nous transférons le malade dans un service de médecine pour ne point créer de foyers d'épidémie dans nos propres salles. Le passage, facultatif autrefois, est devenu réglementaire aujourd'hui. J'ai cependant gardé des opérés et des blessés qui ne pouvaient guère se passer de mes soins.

Voici quelques documents sommaires.

Obs. XXXII. — Un jeune garçon entra dans mon service à l'hôpital Lariboisière pour une fracture du tibia à la partie supérieure. On appliqua un appareil de Scultet, qui recouvrait toute la jambe jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne et presque toute la cuisse.

Vers le milieu de la cure, survint une variole de moyenne intensité et modérément confluente. A la période de dessiccation, je voulus m'assurer de ce qui se passait du côté de la fracture. En conséquence, je levai l'appareil et trouvai tout en bon état. La consolidation était au point où elle eût été sans la maladie intercurrente. Elle s'acheva dans la suite tout à fait normalement.

En revanche, je constatai quelques particularités intéressantes relatives à l'éruption, en comparant le membre blessé au membre sain.

Des deux côtés, on comptait un nombre à peu près égal de pustules aux régions inguinales et aux pieds; mais tandis que la jambe et la cuisse saines offraient un assez grand nombre de pustules, à peine en trouvait-on quelques-unes, petites et largement espacées, du côté blessé. Point de confluence plus grande d'ailleurs au niveau de la fracture. Je fus assez surpris d'abord de ce résultat. Toutefois, la chose me parut pouvoir être expliquée par l'immobilité absolue du membre, par la compression étendue et régulière exercée par l'appareil et capable d'amener dans la région blessée une diminution sensible de la circulation; enfin par la soustraction complète du tégument à l'action de l'air et de la lumière. Toutes ces causes réunies ont pu contre-balancer et au delà l'influence stimulatrice locale du trauma osseux.

Obs. XXXIII. — J'ai vu également à Lariboisière une fracture avec plaie de la jambe droite se compliquer, dans la deuxième semaine, d'une variole assez bénigne. Le foyer de la fracture, au fond duquel on voyait le tibia à nu, était pansé à découvert avec des compresses imbibées d'alcool. Il ne s'y montra rien d'anormal, et l'éruption circonférentielle elle-même resta discrète. Au bout de quelques jours, la variole intercurrente disparaissait, l'état général redevenait bon, la fracture suivait son cours et guérissait lentement, mais comme toute autre lésion de ce genre quand le foyer suppure. L'influence des deux états coïncidents avaient été tout à fait nulle.

Deux fois malheureusement les choses se sont passées autrement.

Obs. XXXIV. — Dans un cas, il s'agissait d'une ankylose cicatricielle de la mâchoire inférieure. La malade était jeune, de bonne constitution, et rien ne paraissait contre-indiquer l'intervention chirurgicale. Je pratiquai la section de la mâchoire par un procédé se rapprochant beaucoup de celui de Rizzoli. L'opération, très simple, n'ayant entraîné que fort peu de dégâts, ne fut suivie d'aucun accident sérieux. Tout alla bien jusqu'à la fin de la première semaine, lorsque survint une variole qui, malgré ses débuts assez bénins et sa confluence médiocre, enleva l'opérée en quelques jours.

Obs. XXXV. — Dans l'autre cas, qui date de 1868, l'opération était plus grave, puisque le malade était âgé de cinquante ans, qu'il avait dû subir une large résection du maxillaire inférieur, et que ses viscères n'étaient sans doute point en bon état.

Toujours est-il que la mort a été bien certainement causée par la variole. L'observation est longuement rapportée dans la thèse d'un de mes élèves, le Dr Vizzu, de Galatz.

J'en extrais ce qui a directement rapport à la question actuelle [1].

« Les suites furent fort simples et la fièvre traumatique médiocre, car le thermomètre atteignit à peine 39°. La déglutition se fit beaucoup mieux qu'on ne l'espérait ; la réunion réussit bien dans les points où elle avait été tentée. Au huitième jour enfin, les choses allaient à souhait, quand tout à coup une fièvre violente s'alluma. Le diagnostic fut d'abord indécis, mais on reconnut bientôt une éruption variolique qui, dès le début, prit le caractère hémorrhagique. Moins de trois jours après l'invasion de la fièvre, vingt-

1. Vizzu, *Ablation partielle du maxillaire inférieur*, Th. de Paris, 1874, p. 67.

quatre heures à peine après l'apparition des pustules, une attaque de congestion pulmonaire enleva l'opéré. »

A propos de variole et de traumatisme, je dois rapporter ici un cas peut-être unique en son genre.

Obs. XXXVI. — *Variole grave. Délire. Chute d'un lieu élevé. Fractures multiples. Luxation de l'astragale. Sphacèle de la peau et fusées purulentes. Extraction de l'astragale et de la malléole externe. Drainage. Guérison.*

On fit passer un jour d'un service de médecine dans mes salles de chirurgie, à l'hôpital Lariboisière, un adulte vigoureux, quelque peu alcoolique, qui, atteint de délire dans les premiers jours d'une variole confluente, s'était jeté par une fenêtre du premier étage. Il était tombé sur le membre inférieur gauche, et du même coup s'était fracturé la cuisse au quart supérieur et s'était luxé l'astragale en dehors avec fracture de la malléole externe.

Le gonflement s'accrut rapidement, occupant toute la longueur du membre, de sorte que la fracture du fémur fut d'abord méconnue. Par contre, le diagnostic de la lésion du cou-de-pied étant porté de bonne heure, on tenta de replacer l'astragale dans la mortaise. Le malade, qui délirait toujours, opposait une vive résistance; on n'osa pas employer le chloroforme, de sorte que les essais de réduction restèrent sans résultat. On insista d'autant moins que l'état général était fort grave et que la mort paraissait prochaine.

Cependant les accidents généraux se calmèrent, la fièvre s'apaisa et la variole entra en période de suppuration, puis de dessiccation. Les choses allaient moins bien du côté du pied. La peau, soulevée par l'astragale, se sphacéla; le foyer de la luxation entra en communication avec l'extérieur et se mit à suppurer abondamment. De plus, des fusées purulentes se formèrent à la jambe, remontant si haut que l'une d'elles allait jusqu'au voisinage du creux poplité. La fièvre se ralluma et à l'empoisonnement variolique succéda l'intoxication septicémique.

Pour n'avoir rien à me reprocher, bien que bon nombre de pustules fussent encore en suppuration et que mon intervention présentât peu de chances de succès, je pratiquai l'opération suivante : incision de l'escharre, extraction, après débridement, de l'astragale et de ses fragments, de la malléole externe et de quelques esquilles; passage de plusieurs drains perpendiculaires et parallèles à l'axe de la jambe. Pansements avec l'eau alcoolisée; pied et jambe immobilisés en position convenable dans une gouttière en fil de fer.

La suppuration fut abondante et la guérison lente, mais aucune complication ne survint, et quelques mois plus tard le blessé marchait avec une bottine à semelle et à talon épais, pour remédier au double raccourcissement résultant de la blessure du pied et de la fracture du fémur [1].

Malgré mes prévisions aussi défavorables que possible, l'opération réussit donc aussi bien que sur un sujet ordinaire.

Dans le fait qui suit, recueilli dans mon service à l'hôpital Lariboisière au commencement de 1870, par mon élève et ami M. L.-H. Petit, la variole a suspendu, pendant toute sa durée et même pendant la convalescence, le travail réparateur, du côté d'un abcès sous-périostique ouvert.

Nous trouvons dans ce cas un exemple bien curieux de formation d'un abcès infectieux dans un lieu de moindre résistance créé neuf ans auparavant par une fracture d'ailleurs parfaitement guérie.

Obs. XXXVII. — *Fièvre typhoïde. Abcès sous-périostique développé dans le foyer d'une ancienne fracture. Drainage; variole intercurrente; arrêt de la cicatrisation.*

Bl. Émile, quinze ans, journalier; bonne santé habituelle, a été à l'âge de neuf ans atteint d'une fracture du fémur droit à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur.

Dans les premiers jours de novembre 1869, il est pris de fièvre typhoïde légère, avec alternatives de diarrhée et de constipation, céphalalgie, étourdissement, nausées, etc.; le tout dure une quinzaine de jours.

Une semaine après le début des accidents typhoïques, on remarque un gonflement très douloureux de la partie inférieure de la cuisse et du creux poplité.

Le malade entre dans le service de M. Verneuil le 21 décembre 1869. Le fémur semble augmenté de volume dans son quart inférieur et recouvert de végétations périostiques. On trouve de la fluctuation à la partie antérieure de la région tuméfiée; on diagnostique un abcès sous-périostique à marche subaiguë avec hydarthrose de voisinage.

Comme il n'y a plus de fièvre et que l'état général est assez

1. Je n'ai pu retrouver les notes de cette observation; elles ont été confiées à quelque élève; peut-être ai-je déjà publié moi-même quelque part ce fait curieux. Bien que je cite ici de mémoire, je garantis les traits principaux du présent récit.

bon, on diffère l'ouverture de l'abcès, le membre est immobilisé dans une gouttière et l'on fait des badigeonnages iodés sur la partie inférieure de la cuisse.

Les choses étant au bout d'un mois dans le même état, le 21 janvier, on draine la collection avec un gros trocart passé un peu au-dessus de l'interligne articulaire et sur le côté externe du genou.

Il sort du liquide séro-purulent et des débris de caillots anciens. Le soir, inappétence, malaise, quelques frissons : on pratique des injections répétées avec un mélange d'eau, d'alcool et de liqueur de Labarraque; les accidents cessent bientôt.

Le 1er février, état général excellent; bon sommeil et retour de l'appétit. La suppuration est de bonne nature.

Le 18 et le 19 février, frissons, malaise général. Aucun accident local.

Le 20, fièvre intense, 40°; douleurs lombaires, langue sèche, lèvres fuligineuses, constipation, toux, oppression. Lavement purgatif qui provoque cinq garde-robes.

Le 21, même état général mauvais; apparition de taches rouges sur les bras et la poitrine.

Le 22, éruption variolique bien caractérisée; soulagement, amélioration. Le malade est passé en médecine où il reste jusqu'à la fin de mars. Il revint alors dans les salles de chirurgie dans l'état où il était avant la variole; celle-ci avait arrêté complètement le travail de cicatrisation.

Pendant le mois d'avril au contraire, l'état local s'améliora beaucoup et l'on touchait à la guérison, lorsque le 29 avril survint une nouvelle complication, c'est-à-dire un érysipèle. Le malade finit par guérir; mais ici s'arrêtent les notes de M. Petit.

Je trouve encore le récit d'une opération pratiquée chez un varioleux et qui fut suivie d'une terminaison funeste dans laquelle, à la vérité, l'émotion morale joua sans doute un rôle plus grand que le traumatisme. Voir le fait, inséré dans le *Dictionnaire en 60 volumes*, t. XXXVII, page 386, à l'article *Opérations*.

Obs. XXXVIII. — Un enfant de sept ans, atteint d'une petite vérole qui était dans le meilleur état possible, avait au talon un gros bouton de pus, qui le faisait beaucoup souffrir. Son chirurgien l'ouvrit à huit heures : à l'aspect de la lancette l'enfant parut très effrayé, sa figure changea, ses boutons s'affaissèrent et il mourut le lendemain à sept heures du matin (Goullard, *De l'influence des affections morales sur le résultat des opérations de chirurgie*, in 4° Paris, 1813).

La variole, à titre d'affection antérieure, paraît constituer une prédisposition à la suppuration des opérations ou des maladies chirurgicales. Notre collègue, M. A. Desprès, a publié en 1874 un travail contenant plusieurs observations de variole suivie à longue échéance de périostites, d'ulcères et d'abcès froids[1]. Nous avons nous-même observé récemment un fait dans lequel une plaie opératoire très bénigne, pansée avec toutes les précautions de la méthode de Lister, s'est enflammée, sans que nous puissions trouver d'autre cause de cette complication qu'une variole survenue plusieurs années auparavant.

Obs. XXXIX. — *Fibro-adénome du sein. Extirpation. Suture de la plaie et pansement de Lister. Érysipèle.* (Obs. recueillie par M. Ozenne, interne du service.)

J. C., vingt-neuf ans, entrée le 15 novembre 1883 à la Pitié, salle Lisfranc, n° 16, n'a comme antécédent morbide personnel, qu'une variole grave survenue il y a quelques années. Menstruation normale à dix-huit ans. Pas de grossesse. Père mort de cancer de l'estomac. Il y a trois mois, sans cause appréciable, ni pression ni trauma quelconque, apparition d'une tumeur au sein droit. D'abord de la grosseur d'une aveline, cette tumeur s'accroît peu à peu, silencieusement, sans douleur, sans rougeur de la peau, et atteint le volume d'une petit noix.

Deux mois après le début de cette première tumeur, une autre apparaît en dedans et un peu au-dessus; même évolution indolente.

A l'entrée on constate ce qui suit :

Le sein droit n'est pas plus volumineux que le gauche; couche graisseuse assez développée ; aucune altération des téguments. A la partie supérieure et externe, à 2 centimètres au dessus et en dehors du mamelon, on perçoit une tumeur dure, élastique, du volume d'une noix, régulière, située profondément, indolente, sans adhérence avec la couche cutanée et avec les couches sous-mammaires.

En dedans et un peu au dessus du mamelon, autre tumeur plus petite, également dure, paraissant située un peu plus profondément; elle offre d'ailleurs les mêmes caractères que la première.

Jamais d'écoulement par le mamelon. Pas de douleurs spontanées ni provoquées. Aucun engorgement ganglionnaire. Sein gauche normal.

Urine sans sucre ni albumine ; viscères sains : santé excellente.

1. *Arch. gén. de méd.*, 1874, VI^e S., t. XXIV, p. 260.

Le 23 novembre, ablation, après anesthésie par le chloroforme.

M. Verneuil fait une incision au niveau de la première tumeur, la dissèque assez facilement et l'enlève, après section d'une sorte de pédicule profond. Une autre incision conduit sur la deuxième tumeur, dont l'ablation a lieu avec plus de peine, tant à cause de sa profondeur que par suite d'un pédicule qui l'unit à une troisième tumeur plus volumineuse. On enlève aussi cette dernière, qui était située entre les deux autres, et qui, occupant la partie centrale et postérieure de la glande, n'avait pas été perçue à la palpation.

Ces trois adénomes, développés en trois points différents de la glande, n'étaient pas indépendants, mais bien reliés l'un à l'autre par des cordons fibreux, ce qui légitime l'appellation *d'adénomes en chapelet*, que leur a donnée M. Verneuil.

L'opération a été faite avec les précautions antiseptiques ordinaires, sauf la pulvérisation : lavage des plaies avec la solution phéniquée forte, drainage, sutures avec fils d'argent, pansement de Lister complet.

Pendant trois jours, aucun accident sérieux ; le thermomètre redescend à 38, après avoir atteint 39° le deuxième jour.

Dans les deux jours suivants, gonflement, tension et sensibilité très-prononcée de la région. On retire les fils. La réunion de la peau s'est faite, mais les parties profondes suppurent abondamment.

Le lendemain, apparition d'un érysipèle qui parcourt successivement la poitrine, les épaules et le dos. Le thermomètre oscille entre 38 et 40° pendant dix jours. Pas d'albumine dans les urines.

Durant ce temps, suppuration abondante de la plaie, puis peu à peu le pus se tarit et, le 30 décembre, la cicatrisation est presque terminée. En résumé, la guérison a demandé environ quarante-cinq jours.

L'examen des tumeurs a montré les caractères des fibro-adénomes.

L'apparition de l'érysipèle semble d'autant plus en rapport avec la variole antérieure qu'au moment même il n'y avait dans la salle Lisfranc aucune complication de plaies ; trois autres femmes, opérées également de tumeurs du sein, s'y trouvaient en même temps, et aucune d'elles ne fut atteinte d'érysipèle. Elles furent, à la vérité, traitées par le pansement antiseptique ouvert. — [A. V. 1884.]

INFLUENCE DE LA DOTHIÉNENTÉRIE SUR LE TRAUMATISME.

Nous ne citerons qu'une seule observation, que son intérêt nous engage à reproduire *in extenso*.

Obs. XL. — *Fracture non consolidée de l'humérus. Séton. Injections irritantes. Guérison tardive pendant le cours d'une fièvre typhoïde.*

B..., domestique, vingt-sept ans, n° 14, salle Saint-Louis, hôpital Lariboisière; aucun antécédent scrofuleux ni syphilitique, bonne constitution, teint animé, forte musculature.

17 décembre 1867, fracture simple, sans plaie, à la partie moyenne du bras. Le malade étant soigné chez lui, on applique un appareil qu'on lève au bout de six semaines; on constate alors que la consolidation osseuse n'est pas obtenue. Un cal fibreux seulement s'était formé. B... entre une première fois à l'hôpital le 14 novembre 1868. Les mouvements du bras sont un peu douloureux, un appareil plâtré est appliqué, avec deux petites fenêtres par lesquelles M. Verneuil passe un séton avec un fil de plomb de deux millimètres de diamètre. Le douzième jour, on enlève le séton et l'appareil; une suppuration abondante s'étant établie, le bras est placé pendant deux jours dans une gouttière. Un second appareil plâtré est ensuite replacé pour permettre au malade de retourner dans son pays, le 29 décembre 1868.

A la fin d'avril 1869, l'appareil est enlevé, mais la consolidation osseuse n'était pas obtenue et le cal fibreux n'était pas modifié.

22 mai 1869. B... revient dans le service de M. Verneuil, qui fait administrer sur le bras des douches froides, lesquelles restent sans effet; on replace un appareil inamovible.

11 juin. On pratique dans l'épaisseur du cal fibreux deux ponctions avec la seringue de Pravaz et on injecte 15 gouttes environ d'ammoniaque. Les ponctions sont douloureuses.

Le 12. Le malade souffre pendant cinq ou six heures après l'opération, mais passe une bonne nuit. Pas de frissons, ni de fièvre. Les mouvements communiqués aux fragments sont à peine douloureux; il n'existe aucune inflammation superficielle ni profonde. Deux nouvelles injections sont pratiquées le 16 avec 10 gouttes d'ammoniaque chacune. Le malade a souffert pendant neuf à dix heures.

Le 17. Nuit calme, douleurs dissipées, les mouvements des

fragments sont parfaitement tolérés; rien n'annonce aucune trace d'inflammation.

Le 19. On lève l'appareil et par la pression on fait sortir du pus rougeâtre, sanieux, par les trous dans lesquels l'injection a été pratiquée; le frottement des fragments est douloureux. Depuis deux nuits, le malade dort mal et ressent des élancements dans le bras; rougeur phlegmoneuse autour des orifices de suppuration; pas de frissons, pas de fièvre, un peu de céphalalgie. L'inflammation s'est enfin produite.

Le 25. Aucun symptôme général; la suppuration et la rougeur de la peau diminuent, le frottement des fragments est de moins en moins douloureux.

2 juillet. Toute inflammation superficielle a disparu, mais le résultat obtenu est nul. Le foyer de la pseudarthrose est exploré avec soin: il n'existe pas trace de consolidation. On s'abstient dès lors de toute nouvelle tentative.

7 août. Le malade est pris d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Le membre était toujours dans un appareil inamovible fenêtré au niveau de la pseudarthrose. Pendant le cours de la maladie la suppuration devient un peu plus abondante; on se contente de faire des pansements simples. Au bout d'un mois, le malade étant entré en convalescence, on enleva l'appareil et on fut fort étonné de trouver un cal déjà solide en voie de formation. A partir de ce moment la consolidation continua à suivre une marche régulière. Les plaies du bras se cicatrisèrent rapidement et le 20 septembre B... put rentrer chez lui. La consolidation semblait terminée, il était impossible de produire aucun mouvement dans la continuité du membre; on recommanda néanmoins au malade de garder pendant quelque temps encore un appareil inamovible. Un an après, la guérison était aussi complète que possible, et B... se servait de son membre aussi bien qu'avant la fracture.

Cette observation est fort intéressante et on a lieu d'être surpris de voir une réparation osseuse parfaite se produire pendant une fièvre typhoïde, maladie surtout caractérisée par une atteinte profonde de la nutrition des tissus. Voici ce qui pourrait faire croire que le tissu osseux échappe à cette influence. M. Verneuil au temps de son prosectorat (communication orale) a rencontré des productions ostéophytiques sous-périostiques sur les os de jeunes sujets morts de fièvre typhoïde[1]. De plus, c'est surtout pendant cette mala-

1. Elles siégeaient en particulier au niveau des épiphyses; dans un cas elles

die qu'on observe ces croissances rapides qui ne peuvent tenir qu'à une augmentation de longueur du squelette, impliquant une suractivité des cartilages de conjugaison. Dès lors il ne serait pas impossible qu'il y ait augmentation de la puissance ostéogénique dans la fièvre typhoïde et qu'à cela ait été due la terminaison heureuse de cette pseudarthrose. Nous sommes étonné de voir que les auteurs qui se sont spécialement occupés de la fièvre typhoïde n'aient pas recherché les lésions anatomiques du tissu osseux.

[Je crois le fait précédent non seulement unique dans la science, mais encore contraire à toutes les prévisions. En effet, la fièvre typhoïde survenant dans le cours ou à la fin d'une fracture a passé jusqu'ici pour exercer une influence fâcheuse sur le cal dont elle a retardé la formation ou amené le ramollissement. C'est au moins ce qu'on a observé dans les deux cas cités par Berenger-Féraud (*Traité des fractures non consolidées et des pseudarthroses*, 1871, p. 92, d'après Desault et Schilling).

Le résultat obtenu chez B... ne m'avait pourtant pas semblé extraordinaire, parce que j'avais vu quelque temps auparavant la fièvre typhoïde amener la guérison d'une autre affection chronique.

Obs. XLI. — *Plaie par morsure. — Absence de cicatrisation. Fièvre typhoïde intercurrente. — Guérison.*

B... Charles, vingt-neuf ans, palefrenier, entré à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 38.

Morsure de cheval, à la fin de septembre 1870, à la région lombaire gauche. Phlegmon consécutif, abcès volumineux, drainage. On fait quelques injections et on panse avec la charpie. B... sort non guéri au bout de dix-sept jours, à cause de l'encombrement du service, et rentre à Lariboisière le 25 octobre. Il reste une large plaie à bords violacés et décollés dans l'étendue de 4 centimètres environ. On panse comme une plaie simple, avec la charpie alcoolisée, alternant avec les cataplasmes. Pas de cicatrisation.

Fièvre typhoïde intercurrente légère. Le décollement disparaît peu à peu. Le 27 novembre, il ne reste qu'une plaie large comme une pièce de 10 centimes, bien granuleuse et en bonne voie de réparation. — Guérison complète à la fin de janvier 1871.

Entre l'influence favorable et l'influence fâcheuse, il y a place

formaient une couche de plus d'un millimètre d'épaisseur au niveau de la surface poplitée du fémur. Le périoste à ce niveau était épaissi, très vasculaire, tomenteux à sa face profonde. — A. V.

pour la neutralité. J'ai tout récemment observé dans mes salles de la Pitié un cas de fièvre typhoïde chez un blessé atteint de fracture de l'humérus compliquée de plaie. La pyrexie, survenue seulement vingt-cinq jours après le trauma, alors que la solution de continuité de la peau était déjà cicatrisée et le cal en partie formé, n'a compromis en aucune façon le travail réparateur.

Obs. XLII. — *Fracture non consolidée de l'humérus. Fièvre typhoïde.*

J. D..., vingt et un ans, charretier, grand et robuste, entre le 30 juin 1883. Il a été renversé la veille par une voiture dont la roue a passé sur le bras. On constate à la partie moyenne et interne une plaie contuse de trois centimètres de diamètre avec fracture de l'humérus au même niveau. Pas d'issue ni de saillie des fragments. Énorme épanchement sanguin remontant jusqu'à l'épaule. Température à 38 degrés. Le soir même, on obture cette plaie avec la baudruche et le collodion; on applique une attelle plâtrée, et par-dessus le tout un pansement ouaté. La température tombe à 37 degrés le lendemain matin. Rien du côté de la plaie les deux jours suivants; pas de douleurs; état général très-bon.

Le 25 juillet. Céphalalgie, épistaxis, inappétence pendant quelques jours, puis diarrhée; taches rosées. Fièvre typhoïde évidente qui marche sans incident et dure jusqu'au 17 août.

Au début, on enlève le pansement ouaté; on trouve la plaie cicatrisée depuis longtemps, et on constate un cal volumineux. Deux fois encore, dans le cours de la fièvre, on examine le cal, qui reste volumineux et paraît solide. Le seul phénomène à noter est la présence d'une petite escharre au niveau de l'épitrochlée. La plaie qui succède à sa chute est pansée avec l'eau phéniquée. En quelques jours elle est guérie. Le malade est envoyé à Vincennes le 8 octobre; son cal est volumineux et un peu difforme, mais paraît très solide.

Ce fait négatif paraîtra peut être peu intéressant. J'estime cependant qu'à côté des cas où les affections coïncidentes s'influencent, il est bon de consigner ceux où elles restent indépendantes. C'est par cette comparaison seulement qu'on arrivera à découvrir pourquoi, toutes choses paraissant égales d'ailleurs chez deux malades, l'évolution de la maladie se montre pourtant si différente.

Dans une observation déjà ancienne, la coïncidence d'une fièvre typhoïde avec une opération de cataracte paraît avoir exercé une influence fâcheuse sur la marche de la plaie.

Obs. XLIII. — *Cataracte. Invasion d'une fièvre gastrique le jour même de l'opération (par extraction). Inflammation de l'œil. Retour de la vue le vingt et unième jour*[1].

Le 8 mai 1798, Mme Foret, de Louhans, âgée de cinquante-six ans, fut opérée d'une cataracte de bonne nature à l'œil droit. Le succès du moment avait été complet et tout promettait qu'il serait durable, lorsque le même soir Mme Foret fut frappée d'une fièvre gastrique qui débuta par des vomissements considérables, un délire soutenu pendant six jours, etc. L'œil s'enflamma à la même époque, parut se troubler, et je le crus perdu; cependant, au vingt et unième jour, lors de la solution de la maladie, il s'éclaircit par degrés; et lorsque la malade partit, cet organe, parfaitement rétabli, lui rendait tous les services d'un œil sain. L'eau végéto-minérale fut le seul topique mis en usage.

M. le Dr Marius Tribes, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1871, n° 220), signale les modifications qui surviennent du côté de la plaie au cours d'une fièvre typhoïde (p. 34).

« Bien souvent, dit-il, un simple embarras gastrique fébrile ou une fièvre typhoïde survenant chez un blessé déterminent, pour peu qu'ils aient de durée, le dessèchement de la plaie, puis la formation d'une eschare mince, humide et friable, adhérente aussi aux bourgeons charnus sur lesquels elle s'est développée, s'en séparant dès que la maladie générale qui l'a occasionnée est jugée. »

Malheureusement, l'auteur ne cite aucun fait à l'appui.

Comme les plaies accidentelles et opératoires, diverses affections chirurgicales peuvent être influencées d'une manière favorable ou défavorable par une fièvre typhoïde intercurrente. Tels sont les deux cas suivants.

Obs. XLIV. — *Orchite blennorrhagique. Fièvre typhoïde intercurrente. Gangrène du scrotum. Guérison* (Résumé)[2].

Domestique entré à l'hôpital le 20 mars 1858 pour une blennorrhagie que l'on soigne par les émollients, le repos, les calmants et la potion de Chopart. Au commencement d'avril, orchite à gauche. Le 5 avril, douleurs assez vives dans le testicule, rougeur marquée, gonflement. Parallèlement à cette inflammation se développe un état général assez grave, symptomatique d'une fièvre typhoïde qui fut assez intense jusqu'au 15. Le 8, l'orchite perd de

1. M. A. Petit, *Coll. d'obs. clin.* Lyon, 1815, p. 24.
2. A. Chabrier et Tribes, *Montp. med.*, 1861, vol. VI, p. 49.

son intensité; la rougeur fait place à un œdème très marqué du scrotum qui, le 9, est complètement envahi; à la partie déclive, plaque d'un rouge livide et d'un mauvais aspect. Le 10, point gangreneux au centre de la rougeur; le 11 et le 12, l'escharre atteint les dimensions d'une pièce de deux francs, et le 13, elle occupe toute la partie inférieure du scrotum. Dès le 14, l'œdème diminue, l'eschare s'élimine peu à peu; le 18, les bourgeons charnus apparaissent, et la cicatrication s'effectue régulièrement à l'aide d'un pansement simple. A partir du 15, l'état général s'était amélioré, la diarrhée avait cessé, etc. Le 22, on suspendit le traitement. Le malade sortit guéri le 20 mai.

Obs. XLV. — *Ascite, ponction. Reproduction de l'épanchement. Fièvre continue. Disparition de l'ascite. Guérison* [1].

Homme de vingt-cinq ans, atteint d'une ascite avec communication de l'abdomen avec la tunique vaginale, sans hernie. Ponction par le scrotum, évacuation de l'ascite. Celle-ci se reproduisit et une nouvelle ponction était devenue nécessaire, lorsque le malade fut pris d'une fièvre continue, analogue à la fièvre typhoïde (diarrhée, prostration, etc., sans localisation évidente). Tant que dura cet état fébrile, aucune médication particulière ne fut dirigée contre l'ascite, et, au bout de trois semaines, quand la fièvre fut tombée, le liquide avait diminué spontanément; il disparut enfin complétement. L'orifice de communication de l'abdomen avec la tunique vaginale s'était fermé; seulement, en même temps que la nature opérait ce travail de réparation, il se formait dans la tunique vaginale un kyste du volume d'un œuf, qui fut réduit à celui d'une noix sous l'influence de l'iodure de plomb. Le malade n'éprouvait plus aucune souffrance, et il est sorti guéri.

« En résumé, dit M. Barth, ce fait est très curieux au point de vue de la guérison spontanée d'une ascite communiquant avec la tunique vaginale; le liquide épanché (la cause de l'ascite est restée obscure pour nous) a été résorbé à la suite d'une fièvre, et en même temps se bouchait l'orifice de communication : puis un kyste s'est formé dans le scrotum, lequel a diminué graduellement, et a guéri de même que l'épanchement abdominal. »

1. Barth, *Bull. soc. med. des hôpit.*, 1852, t. 1er, p. 387. — Voici l'indication de faits analogues: Farre, *Rheumatic arthritic effusion, resisting all treatment, cured by an attack of typhus fever*, in *The Lancet*, 1862, vol. I, p. 687. — Von Höring, *Spontane Heilung einer grossen Hydrocele während eines schweren Typhusprocesses*, in *Med. Corresp. Bl. der Würtemb. ärztl. Ver.*, 1862, vol. XXXII, p. 46.

APPENDICE

Dans les pages précédentes, nous avons vu que les affections intercurrentes, les fièvres éruptives en particulier, modifiaient fâcheusement la marche des lésions traumatiques. Nous avons rappelé aussi que la variole paraissait créer une prédisposition de longue durée à la suppuration (voir p. 361). Nous ne saurions dire s'il en est de même de la scarlatine; par contre, un de nos confrères les plus instruits de la province, M. le Dr Bertin (de Gray), a bien voulu nous communiquer une observation qui semble démontrer que la suppuration prolongée a déterminé chez un enfant la forme hémorrhagique de la scarlatine.

Coxalgie gauche. — Abcès de la cuisse; contusion suivie d'abcès à l'autre cuisse; érysipèle des deux membres inférieurs; guérison. Récidive de la coxalgie avec abcès articulaires. — Trois ans après, scarlatine hémorrhagique; sphacèle et hémorrhagies du foyer de l'ancienne coxalgie; guérison.

Henri B..., né le 1er janvier 1865 d'un père rhumatisant et d'une mère morte phthisique onze ans après sa naissance. Un frère, né quatre ans après lui, jouit d'une excellente santé, malgré un accroissement parfois trop rapide; mais il est brun, sec, tandis que Henri est blond et d'aspect lymphatique.

Du côté paternel : grand-père rhumatisant, mort à soixante-quinze ans d'une affection de cœur, grand'mère goutteuse, morte à soixante et onze ans d'apoplexie cérébrale.

Du côté maternel : grand-père goutteux, graveleux, mort à soixante-sept ans d'angine de poitrine; grand'mère gastralgique, très bien conservée, a aujourd'hui soixante et onze ans.

Henri B. a été nourri par sa mère, il augmentait de 400 à 500 grammes par semaine, dans les premiers mois de la vie; à six mois il pesait plus de 12 kilos, et il marchait à un an. Sa dentition a été des plus faciles, et malgré son apparence lymphatique il n'a jamais eu ni impétigo ni ophtalmie.

A sept ans, il n'avait jamais été malade, lorsqu'il eut la rougeole, qui fut bénigne.

Il était gros, lourd, et la marche le fatiguait beaucoup.

En avril 1872, étant un peu pâle, il fut envoyé à la campagne, mais trois jours après, ayant beaucoup couru, il eut froid, et pendant la nuit se plaignit d'une douleur dans la fesse gauche. Le lendemain il était couché sur le côté malade, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. Le moindre mouvement, le moindre attouchement provoquaient des cris. Il y avait de la fièvre et tous les phénomènes locaux d'une arthrite de la hanche. Les antiphlogistiques restèrent sans résultat. Au bout de quelques jours, les douleurs augmentant plutôt, on mit l'enfant dans une gouttière de Bonnet ; la fièvre et la douleur cessèrent presque instantanément. Au bout de huit jours, l'enfant levait et remuait la jambe ; mais aussitôt sorti de la gouttière, la flexion du membre et les douleurs reparaissaient.

Pendant onze mois, l'enfant fut gai, mangeant, buvant comme en bonne santé, mais une nuit passée sans la gouttière ramenait les accidents. On avait donné l'huile de foie de morue, et au printemps de 1873 quelques bains de sel de Salins qui avaient paru procurer du soulagement.

En juillet, H. fut conduit à Salins. Les premiers bains parurent faire bon effet, mais le huitième jour une douleur vive survint pour la première fois dans le genou gauche. On arrêta le traitement quelques jours, puis on le reprit : nouvelle douleur au genou. Il fallut remettre l'enfant dans sa gouttière pour le ramener. La douleur se calma, mais la jambe était empâtée et au mois d'octobre il existait une collection purulente à la partie moyenne et externe de la cuisse. Ponction et injection iodée; la plaie reste fistuleuse et ne guérit qu'en 1874, après des injections de liqueur de Villate. Malheureusement une chute sur une des béquilles amena au-dessus du genou droit une contusion, qui fut suivie d'un abcès, puis un érysipèle étendu aux deux membres inférieurs et au bassin; en outre, pendant quatre jours, accidents typhoïdes qui mirent la vie en danger.

En août 1875, H..., guéri de ces accidents, fut conduit à Aix; le traitement fut énergique; on obtint des mouvements plus faciles. En 1876, l'enfant alla en classe, mais au mois d'août il revint des douleurs dans la fesse, de l'empâtement à l'aine, et bientôt il fallut ouvrir un abcès communiquant avec l'articulation. Les injections poussées par l'ouverture du pli de l'aine sortaient par une autre

située entre l'ischion et le grand trochanter. Cet état dura jusque dans l'hiver de 1877-1878; alors, après une saison à Barèges, les abcès se cicatrisèrent. H. retourna à Barèges en 1879 et 1880. La hanche était ankylosée, mais l'enfant pouvait faire 5 à 6 kilomètres à pied et de longues courses à âne. L'état général était bon.

En mai 1881, scarlatine grave avec vomissements de sang, taches hémorrhagiques, délire furieux qui dure cinq jours.

Les cicatrices anciennes se rouvrent par gangrène, le quatrième jour, et il s'établit une suppuration des plus abondantes avec mortification du tissu cellulaire qui s'en allait par lambeaux. Bientôt survinrent des hémorrhagies par les plaies fistuleuses; chaque pansement renfermait des caillots parfois très abondants. La scarlatine était terminée, mais le malade était menacé de mort par l'abondance de la suppuration et par les hémorrhagies. État général mauvais, amaigrissement considérable, sueurs nocturnes.

Le quinquina, la ratanhia, le perchlorure de fer à l'intérieur, des injections dans les plaies avec l'acide phénique, le vin aromatique, le chloral, l'iodoforme *intus et extra;* l'iodure de potassium soit seul soit associé au mercure, fut essayé en désespoir de cause, le tout sans succès, et une terminaison funeste était à craindre.

M. Bertin eut alors l'idée de donner le seigle ergoté, qu'il emploie depuis longtemps sur les indications de M. Duboué (de Pau); il associa donc 25 centigrammes de poudre d'ergot aux 25 centigrammes de quinine administrés depuis quelques jours déjà et sans résultat.

Le lendemain le pansement n'offrait plus trace de caillots; une amélioration sérieuse survenait et au bout de douze jours on pouvait cesser l'ergot. L'état général se relevait, la suppuration avait diminué, en même temps que les plaies avaient pris meilleur aspect. Deux mois après elles étaient cicatrisées.

Depuis ce temps le malade, malgré des douleurs pendant les hivers, n'a cessé de jouir d'une bonne santé; mais il a de l'acide urique dans les urines. Il est du reste gros mangeur.

En résumé, un jeune garçon de tempérament lymphatique, fils d'une femme morte de tuberculose pulmonaire et d'un père rhumatisant, est pris, quelques mois après une rougeole bénigne, à la suite d'une longue course suivie d'un refroidissement, d'une coxalgie aiguë. Cette étiologie n'a rien d'insolite, et nous n'avons pas à rechercher ici la part qui revient à chacun des divers facteurs : lymphatisme, rougeole, fatigue, refroidissement, sur la production

de la coxalgie; la première et la seconde ont agi comme causes prédisposantes et les deux autres comme causes déterminantes.

Quinze mois après, phénomènes d'ostéite du fémur, abcès qui reste fistuleux pendant un an environ. Celui-ci était à peine guéri qu'une simple contusion du membre opposé amène un nouvel abcès, suivi d'érysipèle grave.

Cette première série d'accidents dure trois ans et trois mois. Il y eut ensuite une année de répit, mais alors l'ancienne arthrite se mit à suppurer pendant dix-huit mois environ.

Donc, l'enfant avait été malade, depuis l'âge de sept ans, pendant six années, en deux fois à un an d'intervalle, et d'une manière très grave; il avait suppuré abondamment pendant deux ans et demi. Connaissant l'influence profondément nocive des suppurations prolongées sur les viscères, il est permis d'admettre qu'après la première période de douze mois de suppuration, l'organisme ait été assez altéré pour qu'une simple contusion ait donné lieu à un abcès, et que de celui-ci soit parti un érysipèle. Les cas de ce genre sont fréquents chez les blessés atteints d'altérations du foie et des reins.

L'érysipèle, possédant de son côté la fâcheuse propriété de déterminer des lésions anatomiques profondes dans les viscères, n'a pu qu'aggraver encore les altérations qui lui avaient donné naissance, de sorte que, guéri de sa coxalgie et de ses abcès, l'enfant devait avoir conservé dans son organisme des troubles anatomiques considérables qui le prédisposaient à d'autres accidents.

On ne sait guère encore, dans l'état actuel de la science, combien il faut de temps pour qu'une altération viscérale comme la dégénérescence graisseuse du foie puisse se réparer, mais on sait que ce temps est très long; que, d'après la facilité avec laquelle elle se manifeste en cas de blessure, la prédisposition morbide causée par les affections viscérales graves persiste pendant des années, et l'on peut affirmer sans crainte de se tromper qu'elle existait encore, et avec beaucoup de puissance, chez notre jeune malade au bout de trois ans, lorsqu'il fut pris de scarlatine.

Aussi, de même qu'en cas de blessure la stéatose du foie et des reins provoque des hémorrhagies, de même ici, sous l'influence de l'altération viscérale laissée par les suppurations prolongées et l'érysipèle, la scarlatine a revêtu la forme hémorrhagique.

A cette première phase en a succédé bientôt une autre. L'influence de la stéatose viscérale antérieure s'est jointe à celle de la scarlatine, et toutes deux, se faisant ressentir sur les cicatrices anciennes des abcès, en ont amené l'inflammation et le sphacèle, donnant ainsi

lieu à un foyer purulent dont les parois friables sont devenues le siège d'hémorrhagies incoercibles.

L'organisme était à coup sûr profondément altéré, puisque, comme dans les hémorrhagies des cachexies, du purpura, du scorbut, c'est-à-dire de ces états caractérisés anatomiquement par des dégénérescences viscérales graves, les hémostatiques ordinaires, administrés *intus et extra*, n'ont pu arrêter l'écoulement du sang; mais il n'était pas encore assez épuisé pour ne pas pouvoir réagir sous l'influence du médicament convenable, et lorsque celui-ci a été trouvé et administré, les hémorrhagies se sont arrêtées et l'état général s'est amélioré aussi bien que l'état local.

Il reste un dernier point à examiner : celui de savoir à quel médicament il faut attribuer cette heureuse influence. Est-ce à la quinine ou au seigle ergoté? Tous deux sont d'excellents hémostatiques dans les cas d'hémorrhagie de cause interne ou diathésique; ici la quinine n'a pas réussi d'abord, quand elle a été donnée seule, mais peut-être la dose de 25 centigrammes était-elle trop faible; l'association de la poudre d'ergot à la quinine a produit l'effet voulu, mais alors la puissance de la quinine était doublée de celle de l'ergot, et *vice versa*, et tout en reconnaissant que l'intervention de ce dernier médicament a été des plus heureuses, je crois qu'il serait injuste de lui attribuer tout le succès obtenu et de ne pas en accorder une part à la quinine.

DES ÉRUPTIONS CUTANÉES CHIRURGICALES

L'une des maladies intercurrentes qui mérite le plus l'attention des chirurgiens est à coup sûr l'herpès. Il éclate soudainement au cours d'une affection chirurgicale, sans cause apparente, avec fracas si je puis ainsi m'exprimer, et de manière à faire redouter quelque complication sérieuse. Le premier jour, le diagnostic est presque impossible, car on peut croire à une lymphangite ou à un érysipèle, mais dès le lendemain, en même temps que les symptômes généraux s'amendent, on voit apparaître les vésicules caractéristiques autour de la plaie ou dans les lieux d'élection de l'éruption : lèvres, ailes du nez, régions diverses du visage.

C'est à titre de maladie intercurrente que je place, à la suite de la thèse de M. Dunoyer, mon mémoire de 1873 *sur l'herpès traumatique;* mais je saisis cette occasion pour réunir d'autres documents sur les dermatoses dans leurs rapports directs ou indirects avec le traumatisme.

Je reproduirai donc successivement :

1° Une note écrite en 1868 sur les *Éruptions septico-pyohémiques;*

2° Les deux publications de mon élève très regretté le Dr Tremblez;

3° Enfin quelques extraits de thèses soutenues à notre Faculté de 1872 à 1880.

Le lecteur aura de la sorte un aperçu sommaire de cette intéressante question.

DE L'HERPÈS TRAUMATIQUE [1]

On sait, depuis 1859, que certaines lésions des nerfs peuvent provoquer des éruptions vésiculeuses offrant tous les caractères de l'herpès ou du zona.

Cette donnée curieuse, introduite dans la science par mon savant ami, le professeur Charcot, confirmée par Brown-Séquard et plusieurs savants étrangers, s'appuie aujourd'hui sur des faits nombreux.

On la trouve exposée avec détails dans plusieurs thèses importantes de la faculté de Paris (Mougeot, 1867; Couyba, 1871; A. Hybord, 1872).

La lésion nerveuse capable de faire naître la dermatose est probablement une névrite, laquelle peut être spontanée ou consécutive à une blessure (plaie, contusion, compression, etc.), de sorte que les chirurgiens doivent compter l'herpès ou le zona parmi les complications susceptibles de se montrer pendant le cours d'une blessure ou d'une opération, admettre, en d'autres termes, un *herpès traumatique*.

Cette adjonction, au cadre déjà si rempli des affections ou maladies surajoutées aux blessures, d'une affection qui jusqu'ici passait pour spontanée, ne surprendra pas ceux qui savent qu'un blessé peut être atteint de toutes les manifestations morbides locales ou générales possibles ayant pour point de départ et pour causes : la blessure elle-même, la constitution du sujet, le milieu ambiant ou certains incidents survenus pendant l'évolution de la lésion traumatique. Étant reconnu que le traumatisme est une cause pathogénique très générale, on comprendra sans peine qu'il peut provoquer l'herpès comme l'érysipèle, le tétanos ou tout autre accident des plaies; aussi ne reste-t-il plus qu'à rechercher les condi-

1. Verneuil, *Mémoires de la Société de biologie*, 3 mai 1873, 5e S., t. V, p. 15.

tions dans lesquelles se montre ou se montrera la manifestation cutanée susdite.

La présente note a pour but de déterminer ces conditions.

Rangé, jusqu'à ce jour, parmi les troubles trophiques consécutifs aux lésions des nerfs, l'herpès traumatique apparaît dans des circonstances assez dissemblables.

1° Le nerf étant blessé dans sa continuité, c'est-à-dire entre son origine à l'axe céphalo-rachidien et sa terminaison, l'éruption apparaît à la peau, sur le trajet périphérique du nerf, entre le point blessé et les expansions terminales; ainsi, par exemple, à la suite d'une contusion du sourcil, l'herpès se montre au front sur le trajet du nerf frontal. Ces cas, plus communs que les autres, ont été les premiers signalés.

On devrait ranger dans la même catégorie l'herpès qui succéderait à des lésions traumatiques de la moelle, de l'encéphale et des ganglions placés sur le trajet des nerfs sensitifs. A la vérité, les observations font encore défaut pour établir ces variétés, mais elles peuvent se produire d'un jour à l'autre, puisque déjà nous connaissons le zona consécutif à des lésions organiques de la moelle épinière, et que plusieurs auteurs, Bæresprung en particulier, attribuent un rôle capital au ganglion de Gasser dans la production du zona facial spontané, hypothèse que tend d'ailleurs à confirmer une observation qu'on lira plus loin.

En tous cas, que la blessure porte sur l'axe cérébro-spinal, sur les ganglions ou sur la continuité d'un nerf, l'éruption présente un siège constant, elle se montre toujours entre le point blessé et les expansions terminales du nerf, l'*herpès ou le zona sont périphériques* ou *centrifuges* comme la paralysie qui suit la section d'un nerf, comme l'ischémie qui suit l'occlusion d'une artère, etc.

2° Un nerf est divisé complètement en travers, mais le bout périphérique et les expansions terminales sont supprimées comme dans une amputation, par exemple; les lambeaux sont innervés par des rameaux nés à un niveau plus ou moins élevé au-dessus de la section et les terminaisons nerveuses sont intactes. C'est cependant sur ces lambeaux, c'est-à-dire sur le territoire de ces terminaisons respectées que se montrera l'herpès. Je rapporte deux faits de ce genre tout à fait démonstratifs.

L'explication en est moins facile que dans les cas de la première catégorie, car on ne peut plus invoquer le trouble trophique dépendant de la dégénérescence du bout périphérique.

Il y a ici phénomène morbide de voisinage, siégeant sur des tissus

primitivement épargnés par la cause vulnérante, phénomène susceptible de deux interprétations : ou bien il y a névrite, et alors, il faut supposer qu'elle s'est propagée à une certaine étendue du bout central contenu dans le moignon, ou qu'elle a envahi les terminaisons cutanées rampant dans les lambeaux ; — ou bien il faut faire intervenir une action morbide réflexe partant des tronçons nerveux compris dans la cicatrice et revenant se manifester au voisinage immédiat de cette dernière. L'hypothèse de la névrite ascendante ou collatérale serait peut-être plus admissible. Dans tous les cas, comme forme clinique, il y a lieu d'admettre un *herpès traumatique de voisinage.*

3° Cette variété établit la transition entre l'herpès périphérique et la forme qui nous reste à étudier. La blessure porte ici sur des terminaisons nerveuses ou sur des rameaux de petit volume ; quant à l'éruption, elle apparaît sur des districts cutanés, n'ayant avec la région blessée que des relations nerveuses indirectes, éloignées, établies uniquement par les ganglions ou même par le centre cérébro-spinal.

Force est donc, pour interpréter ces faits, d'invoquer ou une altération générale du sang ou l'action réflexe pure. En attendant que nous discutions ces deux causes pathogéniques, nous sommes en droit d'admettre en clinique une troisième forme : l'*herpès traumatique à distance.* Cette forme est déjà signalée par les auteurs, par M. Mougeot, en particulier, qui la considère comme rare, et qui n'en rapporte pas d'observation particulière. C'est surtout pour combler cette lacune avec des faits qui me sont propres, que je prends aujourd'hui la plume. Cependant, en ce qui touche les autres formes, les faits ne sont encore ni assez nombreux, ni assez complets pour qu'il soit sans intérêt d'en grossir le nombre. Je rappellerai donc ceux que la pratique m'a offerts.

HERPÈS PÉRIPHÉRIQUE

Obs. I. — *Fracture de la base du crâne. Lésions de plusieurs nerfs moteurs. Zona de la face. Guérison.*

Ch... Alphonse, dix-neuf ans, taille moyenne, constitution faible, entre à Lariboisière, le 13 octobre 1871 à huit heures du matin. Une heure avant, il a eu la tête violemment serrée entre deux caisses remplies de verre dont l'une a frappé la tempe gauche.

Perte de connaissance, sommeil profond dont Ch... ne sort que de temps en temps pour crier et se débattre avec énergie. Respiration lente, suspirieuse, pouls large et très lent. Température axillaire, 36°,4.

L'intelligence paraît conservée jusqu'à un certain point, car lorsqu'on tourmente le blessé de questions, il finit par donner des signes d'impatience et faire quelques réponses à la vérité inintelligibles.

Malgré la certitude d'un choc sur la tête, on ne découvre sur la face ni sur le crâne aucune lésion apparente : ni plaie, ni bosse sanguine. Nul symptôme du côté des nerfs craniens, ni anesthésie, ni paralysie, ni déviation des traits. La mâchoire inférieure se meut régulièrement, les paupières sont closes, les rides du visage ne sont point effacées ; pas de strabisme, pupilles légèrement rétrécies.

Écoulement sanguin peu abondant, mais continu, par le nez, la bouche et les deux oreilles.

Quand on demande avec insistance au blessé où il souffre le plus, il finit par porter sa main derrière l'oreille gauche, et parfois aussi, derrière l'oreille droite. La pression forte exercée dans ces deux points provoque de la douleur, surtout à gauche.

En examinant le conduit auditif de ce côté, on remarque que la colonne sanguine qui remplit cette cavité monte et descend régulièrement et que ces mouvements sont synchrones à ceux de la respiration. On ne peut répéter la même exploration à droite parce que Ch... se tient obstinément couché sur ce côté, se débat et pousse des cris perçants quand on veut le déranger.

L'examen des autres régions du corps ne révèle aucune lésion visible. Les membres ne sont ni contracturés ni paralysés. La sensibilité est partout conservée. Cependant émission involontaire de l'urine et des matières fécales liquides. De temps en temps, régurgitation de sang noir provenant, sans doute, du pharynx et de la cavité nasale.

Diagnostic : Fracture transversale de la base du crâne, intéressant le rocher gauche, probablement aussi le rocher droit, et traversant la ligne médiane, au niveau du sinus sphénoïdal, avec contusion cérébrale et épanchement sanguin à la base du cerveau. On prescrit l'opium à petites doses souvent répétées.

Le soir, vive agitation, peau chaude, soif ardente, pouls petit, rapide, à 120. Température rectale, 39 degrés. Face très pâle; l'écoulement sanguin continue par le nez et les deux oreilles. On continue l'opium et on applique des sinapismes aux membres inférieurs.

Le lendemain matin, 14 octobre, la nuit a été assez calme, le

malade prononce quelques paroles indistinctes; l'écoulement sanguin a cessé complètement pour ne plus se reproduire. La face est toujours très pâle. De nouveaux signes révèlent d'une manière évidente des lésions nerveuses multiples :

1° Paralysie du nerf facial gauche très marquée au visage, mais avec conservation complète des mouvements de l'orbiculaire palpébral gauche;

2° A droite, strabisme convergent et chute de la paupière supérieure, ce qui traduit une paralysie du moteur oculaire externe et une paralysie incomplète du moteur oculaire commun. Le nerf facial de ce côté a conservé toute son action. Derrière l'oreille gauche, vive douleur au toucher et apparition d'une ecchymose dans la région mastoïdienne.

État général mauvais, céphalalgie intense ; le malade gémit continuellement en portant ses mains à sa tête. Soif vive, refus absolu d'aliments. Langue couverte d'un enduit épais ; pouls vibrant, dépressible et modérément fréquent; état comateux persistant, température basse, 37°,4.

On prescrit le calomel et un large vésicatoire à la cuisse gauche. Le calomel n'a provoqué que des vomissements bilieux; le soir, sangsues derrière l'oreille gauche.

Le 15, nuit agitée. Cris violents de temps à autre, mais l'intelligence semble plus nette. La région mastoïdienne droite devient à son tour douloureuse au toucher, sans qu'on y remarque ni gonflement ni ecchymose. La paralysie du facial gauche et des moteurs oculaires droits persiste.

Un nouveau phénomène apparaît ; toute la peau de la moitié gauche de la face est considérablement hyperesthésiée. Le contact le plus léger provoque des cris et de l'agitation. Cependant, il n'y a pas de changement de couleur appréciable. On prescrit une application de sangsues derrière l'oreille droite et un lavement fortement purgatif, car depuis les évacuations du premier jour, il n'y a pas eu de selles. L'opium sera repris la nuit.

Le 16, amélioration marquée, abattement moindre; on obtient quelques réponses claires. La paralysie du releveur de la paupière droite n'est plus aussi complète. Pouls meilleur, soif moins vive. Il y a eu plusieurs selles.

En divers points du tégument de la partie gauche du visage qui, la veille, avait présenté une exaltation de la sensibilité, on voit apparaître une éruption très évidente d'herpès. Les groupes composés de huit à dix vésicules, bien isolés les uns des autres, se montrent sur

l'aile du nez, le lobule de la lèvre supérieure, la commissure labiale gauche, la région génale, la lèvre inférieure. L'éruption est nettement limitée au côté gauche et sur les lèvres, s'arrête exactement à la ligne médiane. Les points qui supportent les vésicules sont à peine un peu rouges. La sensibilité de la peau est toujours exagérée. La région palpébro-frontale ne présente ni hyperesthésie, ni éruption.

Le 18, le contenu des vésicules se trouble et le sentiment de cuisson qui était assez incommode se calme. L'état général s'améliore lentement, mais d'une façon continue. L'intelligence est presque normale.

Le 20, l'hyperesthésie du côté gauche de la face a disparu. Les vésicules d'herpès sont remplacées par de petites croûtes brunâtres. L'incident est évidemment terminé.

Le malade a fini par guérir en conservant ses paralysies musculaires et divers troubles cérébraux, mais j'ai abrégé son histoire pour appeler surtout l'attention sur les phénomènes cutanés.

On a pu remarquer que les symptômes nerveux antérieurs à l'éruption herpétique se rapportaient surtout aux lésions du cerveau et des nerfs moteurs. La sensibilité tégumentaire n'avait pas été modifiée jusqu'à l'apparition de l'hyperesthésie, prélude de l'éruption, et cette hyperesthésie elle-même n'a pas survécu à la dessiccation des vésicules. La nutrition des parties molles de la face, les sécrétions cutanées et salivaires n'ont présenté, ni en ce moment ni plus tard, aucun changement appréciable. Le zona est resté exactement limité aux parties où se montrait la paralysie du facial, épargnant même la région palpébrale alors que l'orbiculaire avait conservé sa contractilité. De sorte qu'en ce cas au moins on serait tenté de conclure que l'éruption herpétique était plutôt sous l'influence de la lésion évidente du facial, nerf moteur, que d'une lésion équivoque du trijumeau.

Tout en faisant cette remarque, je ne veux pas en inférer que le zona n'est point sous la dépendance des nerfs sensitifs, opinion généralement admise et qui s'appuie très logiquement sur les rapports si fréquents entre les névralgies et la dermatose en question. Il ne serait d'ailleurs pas malaisé de faire rentrer ce fait dans la loi commune en rappelant que le nerf facial au visage entraîne avec ses fibres motrices une certaine quantité de fibres sensitives, ou bien encore en invoquant une lésion quelconque du ganglion de Gasser. En effet, qui sait si dans les désordres causés à la base du crâne par la fracture, le ganglion susdit n'a pas été contus, déchiré, comprimé par l'épanchement sanguin ?

HERPÈS DE VOISINAGE

Je réunis les deux observations suivantes qui ont de commun l'apparition de l'herpès sur les lambeaux d'une amputation ancienne ; mais qui se rapprochent aussi des cas d'herpès à distance, puisque d'autres points du corps ont simultanément présenté des manifestations cutanées de même ordre. Au reste, nous verrons plus loin que, si l'admission de formes distinctes est utile à l'étude dogmatique, la clinique se charge de montrer la combinaison et la sériation de toutes ces formes, vérité générale sur laquelle il n'est plus nécessaire d'insister.

Obs. II. — *Amputation d'un doigt. — Névralgie du moignon. Herpès des lambeaux et des lèvres.*

Un jeune apprenti papetier dut subir l'amputation du médius gauche pour une tumeur fibreuse de la gaine des tendons fléchisseurs qui simulait un névrome par les douleurs très violentes que le moindre contact y provoquait. L'amputation fut faite dans l'article métacarpo-phalangien par la méthode à deux lambeaux. La guérison s'effectua sans le moindre accident. Le moignon était excellent et supportait fort bien toutes les pressions. Au printemps suivant, sept à huit mois plus tard, ce jeune homme vint me trouver pour des douleurs très vives qu'il ressentait dans la cicatrice et qui s'exaspéraient non seulement au contact, mais encore à la moindre exposition au froid. Depuis plusieurs jours, le malade n'osait pas se laver les mains. Il attribuait son mal à une immersion prolongée de la main dans l'eau froide quelques jours auparavant.

L'hyperesthésie était extrême et les douleurs s'irradiaient très haut sur le bras. Cependant on ne constatait pas la moindre lésion dans le moignon. Les lambeaux étaient souples et aussi sains que possible.

Je prescrivis les onctions locales avec l'extrait de belladone et l'enveloppement du membre avec une épaisse couche d'ouate, enfin l'immobilisation du bras contre le thorax ; le soulagement fut presque nul.

Deux jours après, léger malaise considéré comme dû à un embarras gastrique et traité par un éméto-cathartique. Quarante-huit heures après, éruption d'herpès labial. En même temps, le malade m'annonce que les douleurs de la main ont à peu près disparu. Je

défais le pansement, qui n'avait pas été changé depuis cinq jours, et je reconnais non sans surprise cinq ou six vésicules d'herpès sur le sommet des lambeaux, qui étaient encore un peu sensibles au toucher.

Trois ou quatre jours après, malaise, névralgie, éruption, tout avait disparu.

Obs. III. — *Tumeur blanche du genou. — Essais infructueux de conservation. — Douleurs très violentes. — Amputation de la cuisse. — Accidents nerveux divers. — Éruption herpétique du moignon* [1].

HERPÈS A DISTANCE

Les exemples de cette forme paraissent fort rares; je n'en ai trouvé que trois dans les auteurs, et encore deux sont presque sans valeur à cause de leur concision.

M. Albert Hybord en emprunte un à de Haen : « Homme jusque-là bien portant; après l'arrachement d'une dent, à la suite de violentes odontalgies, éruption sur le front, les paupières, la joue à gauche; œil sain. »

Et un autre à M. Panas : « Garçon de trois ans à la suite d'un coup, éruption de vésicules herpétiques sur les deux paupières droites, sur la joue avec blépharo-conjonctivite [2]. »

La première observation véritablement importante est due à Esmarch, qui l'a communiquée à Bærensprung. J'en donne ici la traduction complète [3].

Obs. IV. — *Hydrocèle. — Double ponction. — Inflammation de la tunique vaginale. — Herpès de la cuisse. — Mort.*

Homme vigoureux, cinquante-cinq ans, atteint depuis neuf mois d'un hydrocèle du volume d'une tête d'enfant, opéré, le 7 janvier 1855, par ponction et injection de chloroforme. La réaction fut minime et le liquide se reproduisit; on répéta donc la même

1. Cette observation a été reproduite déjà dans mon travail sur les *Névralgies traumatiques précoces*, in *Mémoires de chirurgie*, t. III, p. 556. J'en donne seulement ici le titre.

2. A. Hybord, *Zona ophthalmique*, Thèse de Paris, 1872, p. 142-146.

3. *Annalen des Charité Krankenhauses zu Berlin*, Bd. IX, 2 Heft, S. 120, 1861.

opération le 27 janvier. Cette fois, la réaction fut plus forte. Le septième jour, la tunique vaginale et le cordon devinrent si gonflés et si douloureux qu'on fut obligé de faire plusieurs applications de sangsues. La percussion montra qu'outre la sérosité il existait dans la tunique vaginale de l'air, qui fut plusieurs fois extrait avec un trocart explorateur, mais qui se reproduisait toujours. Le fluide de mauvaise odeur devint purulent, les douleurs augmentèrent et le malade s'affaiblit ; c'est pourquoi, le 19 février, on incisa le scrotum et toute la tunique vaginale d'où s'écoula beaucoup de pus et de sang. L'hémorrhagie fut considérable. Au bout de quelques jours, la surface interne du sac commença à bourgeonner et le 10 mars les bourgeons formèrent à sa partie inférieure un sac retenant le pus et qui dût être incisé. Le 13 mars, le malade eut de la fièvre, de l'anorexie, de la céphalalgie ; les bourgeons charnus parurent secs et d'un rouge sombre.

La nuit suivante, douleurs vives, brûlantes à toute la face postérieure du membre inférieur gauche, depuis la fesse jusqu'au milieu de la plante du pied. Le lendemain matin, 14 mars, paraissent sur toute cette surface de nombreux groupes de vésicules de volume variable jusqu'à la grosseur d'un pois et remplies d'un liquide d'un jaune rougeâtre. Dès que les vésicules furent complètement formées, la la douleur cessa peu à peu. Le jour suivant, elles se changèrent en croûtes d'un jaune brun. Mais la fièvre et les symptômes gastriques continuèrent.

Le 20 mars, il restait à peine trace de l'éruption, lorsque survinrent des douleurs lancinantes très vives à toute la face postérieure du membre gauche, particulièrement violentes à la sortie du nerf sciatique et vers la tête du péroné. Les accès se renouvelant sans type régulier étaient augmentés par les attouchements et les mouvements de la jambe, adoucis, au contraire, quand le pied était appuyé contre le bout du lit. Térébenthine, vésicatoires, morphine, mixture de Fothergill, bains chauds sont restés sans effet. Le malade s'affaiblissait toujours.

Le 13 avril, un abcès froid se montre dans le triangle iléo-fémoral gauche. Le 17, deuxième abcès plus gros au côté gauche du dos, et, en même temps, épanchement pleurétique du même côté. Mort le 20 avril.

Autopsie. — Thrombose de la veine crurale gauche, épanchement énorme dans la plèvre gauche. L'abcès du dos ne communique point avec la plèvre. Dans la gaine du psoas gauche, gros abcès qui passe sous le ligament de Poupart pour communiquer avec celui du

triangle iléo-fémoral. Troisième abcès sous le muscle grand fessier gauche. La gaine du nerf sciatique gauche, là où il sort du bassin, était congestionnée, infiltrée, œdémateuse. Point d'infarctus dans les poumons.

Esmarch pense que l'irritation du nerf sciatique a été la cause première de l'herpès et de la névralgie.

J'arrive maintenant aux faits qui me sont propres. Ils présentent un certain nombre de caractères communs qui les distinguent assez nettement des précédents et permettent d'en faire une classe à part :

1° L'éruption s'est montrée à une certaine distance de la blessure sur les territoires nerveux respectés par l'agent vulnérant;

2° Elle est survenue peu de temps après la blessure, alors que le travail réparateur était en voie d'évolution. Elle était donc relativement précoce, tandis que, dans la plupart des cas d'herpès périphérique, elle n'a surgi qu'après des semaines ou des mois;

3° Elle a été constamment accompagnée de phénomènes généraux plus ou moins intenses, comme dans l'herpès fébrile d'origine spontanée; de sorte qu'avant l'éruption on aurait pu croire à une fièvre traumatique secondaire;

4° Dans les trois faits que je vais relater, le foyer de la blessure est devenu le siège de modifications locales particulières, de lésions de la membrane granuleuse, qui m'ont paru l'écho et non le point de départ de l'état général. Le pourtour même de la plaie a participé au travail morbide dont cette dernière était le siège.

Ces modifications locales ont disparu après la cessation de la fièvre et n'ont pas semblé nuire notablement à la cicatrisation définitive.

Obs. V. — *Herpès guttural et labial, suite de plaie du voile du palais.*

Garçon de la campagne, dix-huit ans, bonne constitution, entre à l'hôpital au printemps de 1872, pour un polype naso-pharyngien qui déprime fortement le voile du palais. Des hémorrhagies fréquentes et abondantes ont amené une anémie prononcée.

Je fends sur la ligne médiane le voile du palais dans toute son étendue avec le couteau galvanique; puis, à l'aide de l'écraseur, je résèque la plus grande partie du polype.

L'opération ne détermine qu'une réaction insignifiante. Des irrigations fréquentes à l'eau fraîche calment bientôt l'inflammation locale.

Au huitième jour, le malade, très soulagé et respirant sans peine, se levait du matin au soir, buvait, mangeait et dormait comme en pleine santé. Les plaies latérales du voile étaient roses et bien bourgeonnantes.

Au dixième jour, sans cause connue, la scène change brusquement; un frisson violent se déclare, le thermomètre indique 39°, 6. La fièvre s'allume avec soif, perte de l'appétit, grand malaise. Les plaies du voile du palais prennent mauvais aspect; elles sont recouvertes d'un enduit grisâtre, adhérent, diphthéroïde. Les bords du voile sont tuméfiés, rouges, le gonflement et la coloration inflammatoires s'étendent aux piliers antérieurs. Çà et là, on voit de petites taches blanchâtres dues à des dépôts pseudo-membraneux. Toute la région de l'isthme du gosier est le siège d'une douleur cuisante, la déglutition est très pénible.

Je reconnais les caractères de l'angine herpétique si bien décrite par Gubler. En conséquence, je prescris un éméto-cathartique et des attouchements réitérés des parties malades avec le jus de citron étendu d'eau.

Le lendemain, la fièvre s'apaise, l'état général est meilleur, mais l'état local s'est plutôt aggravé; la rougeur et les plaques d'exsudation ont gagné les amygdales et la plus grande partie de la voûte palatine.

Le surlendemain matin, soixante heures environ après le début des accidents je constate sur la lèvre supérieure et sur l'aile du nez du côté droit l'éruption de quatre ou cinq groupes d'herpès des mieux caractérisés. Les vésicules sont développées sur des plaques rouges qui sont le siége d'un prurit assez vif. La fièvre est tombée, le malaise a disparu, la dysphagie seule persiste, ainsi que la rougeur diffuse et les exsudations qui, toutefois, ne se sont pas étendues. Peu à peu, la muqueuse reprend ses caractères normaux et les plaies se couvrent de nouveau d'une belle couche granuleuse... A la fin de la semaine, il n'y paraissait plus.

Une interrogation minutieuse portant sur les antécédents du malade ne m'apprit rien, si ce n'est une disposition marquée aux angines sous l'influence du froid.

Obs. VI. — *Extirpation de la mamelle. — Herpès labial et thoracique. — Aspect diphthéroïde de la plaie. — Guérison*[1].

J'ai opéré, le 29 novembre 1873, une campagnarde de trente-neuf

1. J'ai déjà fait allusion à cette observation dans mon travail sur les *Névralgies traumatiques précoces*, reproduit in *Mémoires de chirurgie*, t. III, p. 563.

ans, robuste et n'ayant jamais été malade, d'une tumeur squirrheuse du sein droit. Le mal avait débuté depuis longtemps sous forme d'une petite induration indolente et stationnaire que deux grossesses et une fausse couche n'avaient pas modifiée.

Un coup de corne de vache ayant porté, il y a trois ans, sur le point malade, semble au contraire avoir provoqué l'évolution de la tumeur; depuis cette époque, en effet, l'accroissement a été continu. Les mouvements du bras sont gênés, des douleurs s'irradient dans le cou et jusqu'aux doigts. Au moment des règles, le sein est le siège d'élancements assez vifs.

Les ganglions de l'aiselle ne sont point engorgés.

J'enlève la mamelle en totalité; la plaie, maintenue béante, est pansée avec l'eau phéniquée projetée en poussière plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

Suites fort simples; la fièvre traumatique commence le soir même, mais reste fort modérée, le thermomètre n'ayant jamais atteint 39 degrés. Nous n'avons à signaler comme phénomènes notables que des sueurs abondantes et une rétention d'urine qui, pendant fort longtemps, nécessita le cathétérisme répété deux ou trois fois par jour. Dès le quatrième jour la plaie, partout détergée, présentait la plus belle apparence. Cependant à son pourtour on constata plusieurs grandes vésicules remplies d'abord de sérosité, puis d'un liquide séro-purulent. Je crus devoir les attribuer à l'humidité constante du pansement, peut-être à l'action légèrement caustique de l'eau phéniquée.

Le 10 décembre toute fièvre était tombée, et l'état local et général aussi satisfaisant que possible.

Le 11, l'opérée accuse du malaise; la peau est un peu chaude, la température surélevée d'un degré. La plaie, jusque-là si belle, a brusquement changé d'aspect. En certains points elle est recouverte d'une exsudation blanchâtre disposée en îlots irréguliers, dont les dimensions varient entre quelques millimètres et plusienrs centimètres. La coloration blanche réside dans l'épaisseur même de la couche granuleuse, et bien que les points altérés soient légèrement proéminents, on ne peut point détacher à leur niveau de véritable fausse membrane; ailleurs, la couche granuleuse semble au contraire avoir subi une perte de substance; elle est comme érodée et creusée d'ulcérations dont la profondeur n'excède pas 1 millimètre. Ailleurs encore, c'est un autre aspect: plusieurs bourgeons charnus paraissent, çà et là, tuméfiés, boursouflés; quelques-uns sont d'un rouge livide, ce qui est dû soit à une congestion de leurs capillaires,

soit à une infiltration sanguine, à une ecchymose dans leur épaisseur même.

Toute la plaie n'est pas ainsi dénaturée; les lésions précitées n'occupent que certains points; les autres gardent la teinte normale, un peu trop intense toutefois.

Les points malades de la membrane granuleuse sont sensibles aux contacts même les plus légers et toute la plaie est cuisante; le pus est mélangé çà et là d'un peu de sang.

Les causes de ce changement restent inconnues; le pansement a été fait la veille comme de coutume; il n'y a eu aucun écart de régime. On doit seulement noter l'absence de selles depuis deux jours. En examinant le facies qui est légèrement altéré, je découvre l'origine des phénomènes : à un travers de doigt de la commissure labiale gauche et sur la paupière supérieure du même côté j'aperçois deux groupes d'herpès comptant chacun six à huit vésicules; l'éruption a paru dans les premières heures du jour, précédée de démangeaisons et de cuisson qui persistent encore.

Rassuré par cette constatation sur la nature des lésions locales, je ne change rien au pansement et me contente de prescrire un purgatif salin qui procure trois ou quatre selles abondantes. Le lendemain la fièvre était tombée; le surlendemain la plaie avait repris sa belle couleur uniforme et la cicatrisation sa marche régulière. Je fus du même coup éclairé sur la nature de cette éruption vésiculeuse qui, dès les premiers jours, s'était montrée à la périphérie de la plaie, et que, faute de meilleure interprétation, j'avais attribuée à l'eau phéniquée.

Les vésicules d'abord remplies de sérosité s'étaient ensuite métamorphosées en pustules sans induration inflammatoire périphérique, puis l'épiderme s'étant perforé, une exulcération très superficielle avait apparu avec décollement assez étendu de l'épiderme à la circonférence; en un mot, nous avions sous les yeux des aphthes cutanés de grande dimension tout à fait comparables à l'herpès.

L'absence d'épiderme à la surface de la plaie impliquait l'absence de formation vésiculaire, mais les lésions des bourgeons charnus disséminées par groupes épars sur la vaste étendue de la membrane granuleuse, rappelaient évidemment la disposition des amas herpétiques. Pour la première fois, je fus frappé de la ressemblance de ces lésions locales avec celles qui ont été décrites par Robert sous le nom de diphthérite des plaies.

Cette fois encore, je cherchai en vain dans les antécédents de la

malade des traces de diathèse rhumatismale ou herpétique. Jamais la peau n'avait présenté la moindre éruption[1].

Le hasard me fournit presque aussitôt une observation beaucoup plus curieuse encore.

Obs. VII. — *Extirpation d'une tumeur de la région sous-maxillaire gauche; herpès fébrile de la face; récidive; nouvelle opération; nouvelle éruption herpétique avec érysipèle*[2].

ÉTIOLOGIE

Je ne voudrais pas terminer ce travail sans étudier les causes de l'herpès traumatique. Malheureusement, ici comme ailleurs, l'étiologie et la pathogénie sont entourées d'obscurité. La rareté même de cette singulière complication des blessures nous laissant d'ailleurs ignorer les principales conditions de son développement, nous ne savons ni pourquoi l'herpès traumatique est si exceptionnel, ni pourquoi il atteint tel sujet plutôt que tel autre, ni pourquoi il affecte des formes différentes!

Et d'abord existe-t-il un herpès traumatique? L'herpès spontané, n'étant pas rare, pourrait à la rigueur se développer sur un blessé comme sur un sujet quelconque; il s'agirait donc tout simplement d'une affection intercurrente, d'une coïncidence pathologique et non d'une relation de cause à effet. On pourrait certainement interpréter de cette façon l'éruption survenue simultanément à la face et à la main chez le jeune apprenti amputé du doigt (Obs. II).

Mais cette fin de non-recevoir ne serait pas admissible pour l'herpès périphérique, dont l'apparition sur le trajet du nerf blessé et non ailleurs, indique clairement l'influence pathogénique directe de la blessure. Il y a donc certainement un herpès traumatique, et pour les deux premières formes (herpès phériphérique et herpès de voisinage), on peut accepter l'hypothèse d'une névrite développée sur le bout périphérique ou sur le bout central, ou sur les termi-

1. J'ai ultérieurement reçu des nouvelles de cette femme; sa plaie mammaire était restée guérie; mais huit mois environ après la cicatrisation complète, elle avait été prise d'une violente attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé qui l'a tenue plusieurs semaines au lit. — A. V. 1884.

2. Observation déjà reproduite in *Mémoires de chirurgie*, t. III, p. 564.

naisons nerveuses rampant dans l'épaisseur de la peau au voisinage de la cicatrice.

Mais il faut convenir que la théorie de la névrite n'explique plus l'herpès à distance, puisque les nerfs sur le trajet desquels il se montre n'ont point été atteints par la violence et que rien ne démontre leur altération matérielle. Il faut donc pour cette troisième forme au moins chercher d'autres causes. J'ai depuis bien longtemps formulé le principe général suivant : Lorsqu'à la suite d'une lésion traumatique, lésion essentiellement locale, on voit apparaître une manifestation morbide dans un point de l'économie distant du point lésé et n'ayant avec lui aucune relation anatomique directe, la manifestation susdite ne peut se produire que par l'intermédiaire du système nerveux ou du système vasculaire, le système nerveux agissant par action réflexe, le système vasculaire intervenant par une altération du sang antérieure ou postérieure à la blessure ou même contemporaine de cette blessure.

Dans cette hypothèse, il y aurait donc un herpès traumatique réflexe et un herpès traumatique symptomatique d'un état général diathésique. La blessure jouerait toujours son rôle dans la production du phénomène, c'est d'elle que partirait l'impression excitatrice d'une action nerveuse anormale se montrant au loin. — C'est d'elle que partirait l'altération du sang capable d'engendrer des manifestations morbides généralisées. — C'est elle encore qui réveillerait dans l'économie les diathèses latentes au moment de l'accident.

Mais le blessé, par sa constitution antérieure ou acquise, interviendrait également de son côté ; cette constitution de date ancienne ou récente jouerait le rôle de cause prédisposante, et nous pourrions dès lors mieux comprendre pourquoi l'herpès traumatique se montre dans tel cas et non dans tel autre.

En d'autres termes, le développement de la complication susdite exigerait certaines conditions de la blessure et certaines conditions du blessé ; en dehors de cette combinaison la dermatose cutanée ne saurait se produire.

Jusqu'à ce jour, il faut en convenir, les auteurs, n'étudiant que l'herpès périphérique, n'ont découvert que les conditions locales de la blessure et mis seulement en lumière l'influence pathogénique de la lésion nerveuse et de la névrite consécutive. Déjà ils ont compris combien il était difficile de faire concorder l'extrême rareté de l'herpès traumatique avec l'extrême fréquence des lésions nerveuses, et ils ont répondu à l'objection en déclarant que la névrite traumatique était très exceptionnelle.

Peut-être auraient-ils mieux fait de s'enquérir de l'état constitutionnel des blessés. Si je ne me trompe, plusieurs des sujets que j'ai observés avaient des antécédents bien propres à démontrer le rôle de la prédisposition.

Le jeune homme de la campagne (Obs. V) qui n'était ni scrofuleux ni syphilitique, était sujet aux angines par refroidissement qui, souvent en pareil cas, sont de nature herpétique. P..., l'amputé de la cuisse (Obs. III) et Mme L... étaient névropathiques à un haut degré et de longue date. Chez tous les deux, le symptôme douleur était porté à l'extrême. Aussi, étant connues les relations qui existent entre l'herpès et les névralgies, on peut dire que ces deux sujets étaient prédisposés à une manifestation cutanée dans laquelle le système nerveux joue un rôle si évident.

L'observation de Mme L... (Obs. VII) est particulièrement curieuse sous ce rapport. Cette dame souffre de névralgie faciale depuis vingt ans. Il y a huit ans, à la suite d'un violent chagrin, elle est atteinte de zona thoracique à droite. La première opération est suivie d'herpès facial. La seconde d'herpès facial encore combiné avec l'érysipèle. Deux fois le traumatisme a été très évidemment la cause déterminante de la dermatose vésiculeuse et a réveillé la diathèse latente.

J'ai dans mes notes plusieurs exemples d'affections diverses de la peau ainsi rappelées par une blessure.

Chez un malade, jadis traité à l'hôpital Saint-Louis, pour une éruption impétigineuse rebelle du cuir chevelu, une légère plaie de tête ramena cette éruption avec les mêmes caractères.

Une femme, atteinte autrefois d'eczéma chronique, depuis longtemps disparu, se fait à la jambe gauche une fracture simple. En dépit des appareils les mieux appliqués, cette lésion provoque des douleurs violentes que rien n'explique. Vers la deuxième semaine apparaît sur la jambe blessée une éruption très intense qui remonte jusqu'à l'aine, et paraît aussi, quoique plus faible, sur le membre sain.

J'ai vu la syphilis réveillée par des contusions, bien des années après la disparition des accidents spécifiques. Au point lésé ou dans les environs apparaissaient des syphilides évidentes.

J'ai recueilli, dans un voyage à Lyon, un cas des plus curieux dans ce genre. Un homme d'une cinquantaine d'années, très bien portant du reste, et non syphilitique, avait subi l'opération de la cataracte. Trois jours après, le corps s'était couvert d'une éruption ressemblant assez à la roséole. Or, c'était la troisième fois que pareil phénomène

se montrait chez lui. La première fois, quinze ans auparavant, le corps était devenu tout rouge à la suite d'une violente colère. La seconde, huit ans après, la dermatose avait succédé à une chute qui n'avait produit que des contusions sans importance; l'accident qui apparaissait toujours d'une manière subite s'effaçait lentement en cinq ou six jours.

Je ne vois guère que l'action réflexe, c'est-à-dire le système nerveux qui puisse expliquer ces faits. A la vérité les antécédents sont quelquefois nuls et c'était le cas chez ma malade opérée du sein. Je ne pus découvrir chez elle ni herpétisme ni névropathie quelconque, et cependant on ne pouvait admettre le simple herpès de voisinage, puisque les vésicules, outre le pourtour de la plaie, occupaient encore divers points du visage du côté opposé au foyer de l'opération[1].

Aucune prédisposition notée non plus chez le malade d'Esmarch. Mais pour ce dernier cas une autre explication peut intervenir. Si l'herpès peut se développer spontanément à titre de maladie indépendante, souvent aussi il survient comme épiphénomène dans le cours d'une maladie aiguë, pneumonie, érysipèle, etc., où l'altération du sang est évidente. Je l'ai vu, pour ma part, se montrer sous la forme de zona gangreneux à la fin d'une septicémie grave, déterminée par un abcès ossifluent symptomatique d'une carie vertébrale.

Une autre fois, j'ai vu l'herpès labial se montrer à la suite d'une pneumonie traumatique très bénigne provoquée par une fracture de côte.

L'altération inflammatoire ou septique du sang peut donc incontestablement amener l'herpès, et c'est de cette façon que j'interpréterais le cas si intéressant d'Esmarch. La simple fièvre traumatique aurait-elle la même propriété? Rien ne m'empêche de le supposer, en attendant que les faits le démontrent.

En résumé, et pour le moment, nous sommes autorisés à admettre pour l'herpès traumatique des causes locales, aidées par une prédisposition constitutionnelle et des causes générales provenant d'une lésion traumatique, sans compter les cas où il y a coïncidence, c'est-à-dire herpès intercurrent chez un blessé.

Ces remarques suffisent, je crois, pour appeler l'attention des observateurs futurs, sur ce point délicat de pathogénie.

Je demande encore à présenter quelques réflexions relatives à la diphthérite des plaies et de l'érysipèle phlycténoïde.

1. Voir la note 1 de la page 388.

Chez les trois opérés atteints d'herpès précoce, les plaies de fort belle apparence jusqu'à l'invasion du mal ont présenté tout à coup des modifications très notables. C'est un fait connu, que les maladies générales intercurrentes changent l'aspect des plaies et amènent des lésions de la membrane granuleuse et des altérations de la sécrétion purulente. Malheureusement ces modifications sont le plus souvent signalées d'une façon sommaire, et les auteurs n'ont guère pris soin de nous dire si elles sont identiques dans tous les cas ou présentent des caractères spéciaux, suivant la nature de la maladie intercurrente.

Les lésions de la membrane granuleuse sont dues tantôt à une cause locale, tantôt à un état général ; mais on ne dit pas si elles diffèrent objectivement dans les deux circonstances. Probablement, il en est ainsi, car il m'est arrivé plus d'une fois de soupçonner l'invasion de la pyohémie par la seule inspection des bourgeons charnus ou de l'extrémité tronquée de l'os dans les amputations. Plus d'une fois aussi l'aspect spécial d'une plaie m'a fait deviner chez certains blessés l'existence d'une syphilis antérieure. A *priori* on peut donc admettre que la surface bourgeonnante révèlera parfois, sinon toujours, l'état spécial de la constitution.

Jusqu'à ce jour, on n'a décrit d'une façon complète qu'un très petit nombre d'affections de la membrane granuleuse. L'une d'entre elles a particulièrement appelé l'attention d'un observateur des plus consciencieux parmi nos maîtres. Je fais allusion au mémoire trop oublié d'Al. Robert sur la *diphthérite des plaies*[1]. Sous ce titre est décrite une modification de la membrane granuleuse différant absolument de la pourriture d'hôpital, même dans ses formes les plus légères, et caractérisées par des lésions variées que j'ai retrouvées au complet dans les trois cas qui me sont propres. La similitude était si grande chez le jeune homme opéré au voile du palais, qu'avant l'apparition de l'herpès labial je diagnostiquai précisément cette diphthérite traumatique et cherchai à la combattre par les applications de jus de citron recommandées par Robert. Je suis persuadé que mon ancien maître aurait qualifié de même les lésions locales de la surface granuleuse chez mes deux autres opérées ; et comme dans le courant de sa description Robert note que la diphthérite est parfois précédée d'un mouvement fébrile et passager et qu'elle s'accompagne souvent d'hyperesthésie de la plaie, tout porte à croire qu'il a vu sans la remarquer la lésion herpétique de la membrane granuleuse. Il y a donc lieu de rechercher si l'état général

1. *Bulletin de thérapeutique*, juillet 1847, t. XXXIII, p. 26.

accompagnant l'herpès modifie d'une manière spéciale la membrane granuleuse et si cette modification se rapporte à la description de Robert.

Dans tous les articles consacrés à l'érysipèle, on trouve signalée une variété de cette affection dans laquelle des vésicules, des bulles, des phlyctènes se montrent sur les parties envahies par l'érythème. L'érysipèle est dit alors *vésiculeux, bulleux, phlycténoïde.* Cette forme est assez commune à la face et elle est réputée bénigne. On considère le soulèvement de l'épiderme comme un simple incident anatomique qui n'implique aucune étiologie particulière, et je ne sache pas qu'on ait songé à y voir une combinaison de l'érysipèle avec l'herpès.

A propos du diagnostic différentiel, on avance que la confusion entre les deux dermatoses n'est guère possible. M. Maurice Raynaud, dans un excellent article sur l'érysipèle s'exprime ainsi : « Pour ce qui est des différentes éruptions cutanées, telles que herpès, eczéma, hydroa, pemphygus, etc., que l'on pourrait, dans quelque cas, confondre avec les variétés d'érysipèle vésiculeux, bulleux ou pustuleux, une considération bien simple suffira pour prévenir toute erreur : c'est que dans toutes ces affections les vésicules, bulles ou pustules sont primitives et ne s'entourent que secondairement d'une auréole plus ou moins inflammatoire, tandis que, dans l'érysipèle c'est la rougeur qui est primitive. Les divers soulèvements épidermiques qui peuvent s'y manifester sont autant d'épiphénomènes sans importance et ne prennent naissance que consécutivement et par suite de l'intensité de la phlogose cutanée[1]. »

M. Albert Hybord, qui, de son côté, s'occupe du diagnostic du zona facial, est moins affirmatif que M. Raynaud ; il convient que ce zona peut être et a été confondu avec l'érysipèle vésiculeux ou bulleux de la face ; il indique alors les traits distinctifs des deux affections (thèse citée, p. 132).

Nous renvoyons le lecteur à ce tableau, consciencieusement tracé et qui nous paraît fidèle. Cependant, en nous appuyant sur l'observation de Mme Lec..., nous engageons les observateurs à rechercher si dans l'érysipèle vésiculeux de la face il n'y a pas parfois combinaison, association des deux affections cutanées, comme c'était incontestablement le cas dans l'observation susdite.

1. *Nouv. Dictionn. de méd. et de chir. pratiques*, t. XIV, 1871, p. 80.

Nous résumerons les points essentiels du présent travail dans les quelques propositions suivantes :

1° L'herpès doit être compté parmi les complications possibles des lésions traumatiques ;

2° Il peut se montrer pendant l'évolution d'une blessure à titre d'affection intercurrente, indépendante, mais il peut certainement aussi dériver de cette blessure, être véritablement d'origine traumatique ;

3° On peut en distinguer trois formes : *herpès périphérique*, *herpès de voisinage*, *herpès à distance ;* il peut se montrer pendant le travail de réparation, *herpès précoce*, ou longtemps après la cicatrisation, *herpès tardif ;* il peut s'accompagner ou non de phénomènes généraux ;

4° Il succède soit à la blessure d'un tronc nerveux, soit à la lésion d'un ganglion, soit enfin à une plaie commune où les terminaisons nerveuses sont seules intéressées ;

5° Dans certains cas, il peut s'expliquer par une névrite traumatique ; mais dans d'autres il faut invoquer soit l'action réflexe, soit une altération du sang ;

6° L'état névropathique antérieur du blessé semble prédisposer au développement de l'herpès traumatique ;

7° L'herpès traumatique peut récidiver ;

8° L'herpès traumatique peut coïncider avec l'érysipèle et simuler la variété vésiculeuse de cette dernière maladie ;

9° Le développement de l'herpès précoce et fébrile s'accompagne d'une altération de la membrane granuleuse qui rappelle ce qu'on a décrit sous le nom de diphthérite des plaies, et d'une hyperesthésie passagère mais assez vive de la plaie ;

10° Le pronostic de l'herpès traumatique est généralement bénin, sauf le cas d'herpès septicémique ; mais la gravité dépend alors de la maladie générale. L'herpès à distance est ordinairement passager et ne compromet pas la cicatrisation. L'herpès périphérique peut être plus tenace, il suit la destinée de la névrite dont il n'est qu'un symptôme.

APPENDICE

Je puis ajouter aux faits précédents deux observations recueillies dans mon service et insérées dans la thèse inaugurale de M. Picaud : *Des éruptions cutanées consécutives aux lésions traumatiques*, Paris 1875, p. 23 et suiv.

Robichon (Florence) entre à la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 2, le 6 mars 1875, pour un cancer ulcéré du sein. Les ganglions de l'aisselle sont engorgés ; la tumeur est mobile sur les parties profondes.

Après l'opération, tout allait à merveille, la malade n'avait point eu de fièvre, quand, au neuvième jour, elle est prise subitement d'un accès fébrile.

Pendant que la température monte brusquement à 39°,7, la plaie présente quelques taches ecchymotiques et devient douloureuse.

M. Verneuil annonce pour le lendemain une éruption herpétique. La malade y est du reste sujette. Le lendemain en effet apparaissait un superbe groupe de vésicules d'herpès sur la lèvre inférieure. La température est retombée à 37°. Au pourtour de la plaie sont apparues quelques taches rouges ; mais elles n'ont pas abouti à la vésicule caractéristique.

Le surlendemain tous les phénomènes fébriles avaient disparu.

L'observation suivante prouve la possibilité de faire le diagnostic de l'herpès avant même l'apparition des vésicules.

Cancer mélanique du sein chez l'homme. — Ablation. — Point d'accidents primitifs. — Au 20e jour, herpès labial et lésions diphthéroïdes de la plaie[1].

1. Cette observation est indiquée dans la thèse de M. Picaud et dans la thèse de M. Chenet : *Cancer du sein chez l'homme*. Janvier 1876, page 12. Je reconstitue moi-même ce fait intéressant. — A. V. 1884.

M. D. artiste, haute taille, brun, maigre, très impressionnable, vie régulière, bonne hygiène, emphysème léger; plusieurs attaques de dyspepsie. Mère morte de cancer intestinal. Il y a trois ans, sans cause appréciable, apparaît à l'aréole du sein droit une petite tumeur indolente, développée dans l'épaisseur de la peau et ressemblant à une verrue. Cette production fit des progrès lents, et devint le siège de démangeaisons et de quelques élancements. M. le Dr Chevalier, consulté, reconnut une tumeur aplatie, épaisse d'un centimètre et demi, large comme une pièce de cinq francs, sans adhérence profonde et sans ulcération; il conseilla l'extirpation qui fut refusée.

Six mois plus tard, accroissement de la tumeur; ulcération à la surface, engorgement des ganglions axillaires. M. Verneuil appelé en consultation, constate une induration à contour irrégulier, occupant le centre de la mamelle, sans adhérence au grand pectoral, mais présentant une ulcération profonde à bords taillés à pic, renversés en dehors, avec pus sanieux au centre et croûtes sur les bords; l'aspect était celui de l'épithélioma ulcéré, mais la teinte noire des bords indiquait nettement qu'il s'agissait d'un cancer mélanique. Dans l'aisselle et le long du bord du grand pectoral, chapelet de ganglions durs, mobiles, variant du volume d'un noyau de cerise à celui d'une noisette.

Opération le 18 décembre 1874 : large excision de la tumeur avec sacrifice autour d'elle d'une zone cutanée saine, large d'un bon travers de doigt; ablation de six à sept ganglions déjà infiltrés de mélanose.

Pansement antiseptique ouvert avec pulvérisations phéniquées; aucun accident primitif ni secondaire. Le malade commençait à se lever, lorsque le vingtième jour, après quarante-huit heures de malaise léger, survint un frisson violent avec vomissements, fièvre intense à 120°, et modification de la plaie, qui prend mauvais aspect. Les bourgeons deviennent violacés, boursouflés, œdémateux. Quelques-uns paraissent avoir subi une véritable apoplexie. Les bords de la plaie axillaire ont triplé d'épaisseur. Le médecin ordinaire craint une infection purulente.

M. Verneuil mandé le lendemain matin et informé des accidents survenus depuis sa dernière visite, soupçonne une attaque de fièvre herpétique dont les phénomènes précédents auraient été les prodrômes. D'après lui, l'érysipèle, la lymphangite et l'herpès, sont les seules affections qui débutent de la sorte et modifient ainsi l'aspect

des plaies. Dès lors, le pronostic cessait d'être grave et un traitement anodin restait suffisant.

Ce diagnostic fut confirmé le lendemain par l'apparition autour des lèvres d'une couronne d'*herpès labialis*. Après quoi la fièvre tomba et la plaie reprit peu à peu son apparence normale. De pareils accidents se renouvelèrent encore deux ou trois fois dans la suite.

Le malade succomba un an après environ à un cancer secondaire du foie.

[Le 3 mars 1875, un de mes élèves, M. le Dr Bertrand, soutint sous ma présidence une thèse *sur le zona ou herpès traumatique*. Ce travail ne renferme point d'idées originales, mais on y trouve, outre les observations contenues dans mon mémoire de 1873, les faits antérieurs à mes recherches.

J'avais à dessein engagé M. Bertrand à réunir ces documents, ne fût-ce que pour montrer avec quel soin je cite, lorsque je traite quelque sujet original, tous les faits déjà publiés.

Pour donner une idée de l'état de la question lorsque je m'en occupai, je reproduirai ici, d'après la thèse de M. Bertrand, les observations venues à notre connaissance. J'y joindrai un cas jusque-là inédit, communiqué à l'auteur par M. Damaschino.]

Obs. I. — Un homme reçoit une balle à la partie inférieure et postéro-externe de la cuisse. Quelque temps après la guérison de la plaie, douleurs vives dans la jambe, presque continues, mais s'exaspérant par accès. Elles semblent partir de la cicatrice, se répandent jusque sur le dos du pied et suivent évidemment le trajet des nerfs. Cette névralgie, qui a résisté à tous les moyens, s'est accompagnée à plusieurs reprises d'une éruption de vésicules, disposées par groupes tout à fait comme celles de l'herpès zoster, et siégeant sur les parties douloureuses[1].

Obs. II. — Un cultivateur reçoit une charge de plomb à lièvre, à

1. Charcot, *Sur quelques cas d'affections de la peau, dépendant d'une influence du système nerveux*, in *Journal de' a physiologie*, 1859, p. 111, Obs. 3.

la face interne du bras gauche vers la partie moyenne. Au fond de la plaie, large de 8 centimètres, on aperçoit l'artère humérale, la veine basilique déchirée et plusieurs nerfs contusionnés. La plaie se cicatrisa assez vite, mais deux ou trois mois après, à la partie postérieure et interne de l'avant-bras éruption ressemblant au zona, occupant une surface de 4 à 5 centimètres de diamètre, dans une partie de l'avant-bras privée de sensibilité[1].

Obs. III. — *Contusion du thorax. — Zona traumatique*[2].

Un robuste boucher de trente-cinq ans ans, montant en voiture, il y a une semaine, reçut sur le côté gauche du thorax un coup violent suivi de douleurs vives dans la partie inférieure de la colonne vertébrale, la région sternale et les gouttières vertébrales. Deux jours après, ces régions se couvrirent de rougeur, puis d'une éruption vésiculeuse. Aucun mouvement fébrile ni avant ni pendant l'éruption. Au niveau du septième et du huitième espace intercostal à gauche, herpès zoster dont les vésicules, s'arrêtant brusquement en avant au niveau de la ligne sternale, vont en arrière jusqu'à la colonne vertébrale. Douleurs exacerbantes, intermittentes même, revêtant le caractère névralgique, et si intenses que le malade ne respire que du côté droit de la poitrine.

Le 5 avril, l'herpès se couvrit de croûtes, et, à partir de ce moment, la névralgie disparut.

Obs. IV. — *Zona à la suite d'un effort*[3].

Journalier, quarante-huit ans, violente douleur dans les reins et au niveau du sternum, en soulevant un sac de grain pesant un quintal et demi.

Quelques jours après l'accident, sans aucun symptôme fébrile, se déclare l'exanthème dans les parties douloureuses. Le patient respire presque exclusivement avec le côté gauche du thorax, à cause des vives souffrances que l'inspiration et l'expiration causent.

Dans tout le sixième espace intercostal droit, depuis la colonne vertébrale jusqu'au sternum, l'éruption herpétique est très caractérisée.

Obs. V. — *Zona dorso-abdominal d'origine probablement traumatique.*

Vieille femme, quatre-vingt-onze-ans ; chute dans l'escalier il y a

1. Rouget, *Journal de la physiologie*, 1859, p. 113.
2. Oppolzer, *Allg. Wiener med. Zeitung*, n° 48, nov. 1866, p. 382.
3. Thomas, *Archiv der Heilkunde*, 1866, p. 453.

quelques semaines. Elle a roulé quelques marches, contre lesquelles son côté droit a porté. Après la chute, douleurs vives au niveau desquelles apparut, après un certain temps, une éruption occupant une zone large de trois à quatre travers de doigts au niveau des dernières paires dorsales.

Cette demi-ceinture se compose de groupes de vésicules très confluentes, nées sur un fond uniformément rouge : elle part exactement des dernières vertèbres dorsales, se dirige d'avant en arrière et un peu de haut en bas, et, arrivée vers la partie moyenne de l'abdomen, se relève un peu. Les vésicules, très aplaties, contiennent peu de liquide et sont dépouillées en quelques points de leur épiderme, à cause de la pression du dos contre le lit. Les ulcérations très superficielles marchent rapidement vers la cicatrisation[1].

Obs. VI. — *Zona consécutif à une entorse*[2].

Entorse tibio-tarsienne gauche suivie de névralgie sciatique déterminant des élancements à partir de l'échancrure sciatique. Deux mois après le début, grosses vésicules perlées, reposant sur un fond rouge, et disposées en traînées à partir du cou-de-pied jusque sur les phalanges des trois derniers orteils. Cette éruption dura douze jours et guérit complètement en même temps que la sciatique.

Obs. VII. — *Zona traumatique*[3].

Choc violent sur la région de l'aisselle gauche, suivi de douleurs lancinantes s'irradiant sur le thorax en avant et sur la partie interne du bras. Deux jours, après éruption caractéristique de zona suivant le deuxième et le troisième espace intercostal et les divisions du brachial cutané interne. Petites eschares à la base de quelques vésicules. L'éruption guérit en onze jours ainsi que la névralgie. Elle n'avait siégé que sur la partie des nerfs située au delà de la lésion.

Obs. VIII. — *Zona traumatique. Contusion du thorax*[4].

C... trente-huit ans, blanchisseuse, a eu treize enfants sans accident pendant ses couches. Jamais de manifestation de rhumatisme, d'herpès, de névralgie ni d'affection nerveuse.

Il y a huit jours, chute dans l'escalier; le côté gauche porte sur

1. Thèse de Mougeot, Paris, 1867, p. 104.
2. Bouchard, *Gaz. méd.*, 1869, p. 150.
3. Bouchard, *Gaz. méd.*, 1869, p. 156.
4. Observation recueillie dans le service de M. Damaschino.

l'angle d'une marche. Aussitôt, douleur au niveau des onzième et douzième côtes. Deux jours plus tard, grande gêne forçant à suspendre le travail; mouvement fébrile, avec léger malaise, un peu de céphalalgie et perte d'appétit.

Quatre jours après la chute, éruption vésiculeuse au point où a porté le choc, sans plaie extérieure ni fracture de côtes.

A l'entrée à l'hôpital, le 20 septembre, on découvre deux plaques de zona. La première siège sur le trajet d'une ligne verticale descendant de l'aisselle, au niveau de la douzième côte et à peu près au point d'émergence du nerf perforant latéral. Elle mesure transversalement 8 cent. et verticalement 3 cent. et demi. Cette plaque est couverte de taches rouges séparées par des espaces de peau saine et de vésicules assez confluentes à diverses périodes de leur évolution, les unes à peines formées, les autres déjà transparentes. La deuxième plaque, située un peu au-dessus de l'ombilic, mais toujours à gauche et à 4 cent. de la ligne médiane, est plus petite ; son diamètre transversal est de 4 cent. et le vertical de 3 cent. Les vésicules sont peu nombreuses et à peine formées.

Dans les points où siège le zona, sensation de cuisson très pénible ; la pression est douloureuse sur le trajet des nerfs douzième intercostal et premier lombaire, au point d'émergence des branches et vers la colonne vertébrale.

Le 21. La deuxième plaque se dessine mieux; les vésicules se remplissent de sérosité. La douleur continuant, on pratique une injection de morphine.

Le 22. Quelques vésicules se vident et s'affaissent sur la première plaque; sur la seconde elles achèvent de se former; quelques autres apparaissent.

Le 25. Même état local, la douleur diminue.

Le 27. Vésicules remplacées par des croûtes. Quelques taches rouges persistent. La douleur a disparu. La malade quitte l'hôpital.

En 1876, la thèse de M. Maupetit, *Sur l'étiologie et la pathogénie de l'herpès traumatique*, renferme encore une observation inédite, recueillie dans le service de M. Villemin, au Val-de-Grâce. Il s'agit d'un zona du thorax, suite de contusions du côté droit, sans plaie, siégeant au niveau des quatrième, cinquième et sixième côtes en avant, des septième, huitième et neuvième côtes en arrière (Th. de Paris, 1876, n° 362, p. 27).

Celle de M. Roux en 1879, en contient six, également inédites, dont deux sont relatives à des blessures du genou, une à une contusion de la face, et trois à des opérations dentaires. Dans ces dernières, recueillies par M. le Dr Th. David[1], l'éruption herpétique siégeait au voisinage de la commissure tiraillée pendant l'opération, et avait été précédée d'un petit mouvement fébrile; elle présenta les caractères et la terminaison de *l'herpès labialis* fébrile ordinaire. (*Contr. à l'étude de l'herpès traumatique*, th. de Paris, 1879, n° 252).

Enfin en 1880, M. Frilet inséra dans sa thèse dix-neuf observations nouvelles, dues à MM. Bergounioux et Lailler, ou prises par lui-même dans divers services de chirurgie militaire. Pour lui, l'herpès ou l'eczéma qui survient après les blessures est le plus souvent l'indice de la diathèse herpétique du sujet (*Contr. à l'étude des manifestations herpétiques dans leurs rapports avec le traumatisme*, Th. de Paris, 1880, n° 108).

Depuis que les travaux précédents ont été publiés, j'ai maintes fois observé des faits semblables et réfléchi à leur pathogénie. Sur ce dernier point, l'obscurité est encore bien grande, l'herpès étant une des affections dont les causes sont le moins connues, sans doute parce qu'elles sont multiples.

Étiologie à part, les chirurgiens ont intérêt à connaître cette complication, car elle est de nature à leur donner d'assez vives émotions. On est toujours alarmé, en effet, lorsqu'on constate dans les jours qui suivent une opération, une fièvre vive avec frisson, ascension brusque de la température, soif, vomissements, etc. Heureusement l'alerte est de courte durée et l'orage se calme de lui-même.

Cependant, cette année, chez une femme à laquelle j'avais fait le raclage du col utérin pour un épithélioma, les accidents fébriles ont été plus durables, l'éruption herpétique gutturale et labiale s'étant reproduite plusieurs fois. Je n'avais pas encore rencontré cette forme en quelque sorte chronique ou successive de l'herpès.

1. Communication à l'académie de médecine, 9 septembre 1879, p. 947.

Tout récemment encore (novembre 1884), je viens d'observer deux cas types d'herpès à distance. En voici le résumé.

Jeune femme de vingt-cinq ans, reçue à l'hôpital de la Pitié pour une cicatrice vicieuse de la vulve, suite d'un accouchement antérieur. Bonne constitution, point d'antécédents diathésiques, santé actuelle excellente.

Je pratique une petite opération anaplastique qui n'est suivie d'aucun accident; il ne survient pas même de fièvre traumatique. Les fils sont enlevés le quatrième jour. Le sixième jour la malade s'est levée quelques instants et a sans doute pris froid. Le lendemain matin, céphalalgie, vomissements bilieux, frisson, température à près de 40°. Je soupçonne une lymphangite ou un érysipèle parti de la plaie vulvaire, mais la région opérée ne présente ni rougeur ni sensibilité, et les ganglions inguinaux ne sont point affectés. Je prescris quelques moyens anodins.

Le jour suivant, la température retombe à 37°, puis le lendemain remonte encore à 39°,4. Mais alors nous découvrons la cause de l'ascension. Au milieu du pavillon de l'oreille droite se voit un groupe formé d'une vingtaine de vésicules d'herpès. La fièvre à partir de ce moment décline; elle avait complètement cessé le quatrième jour.

Cette femme assure n'avoir jamais eu d'éruption fébrile, mais comme elle est d'une intelligence très bornée, on peut récuser son témoignage.

Il en est autrement dans le cas suivant; la patiente étant au contraire d'un esprit très ouvert.

Dame, trente-cinq ans, mince, délicate, névropathe, arthritique, atteinte de lithiase biliaire et sans doute entachée de paludisme, est opérée d'anus iliaque pour un épithélioma volumineux et élevé du rectum.

Tout va bien pendant une quinzaine de jours. Je permets à la malade de se lever dans un fauteuil. Bien que la chambre fût convenablement close et suffisamment chauffée, il y eut peut-être refroidissement; en tout cas, le soir même, malaise et nausées; fièvre intense avec sueurs profuses la nuit suivante; mal de gorge léger.

Cette dame habitant les environs de Paris, je ne la vis que quelques jours après cet accident, qui n'avait pas eu de longues suites.

Une dizaine de jours plus tard, sans cause appréciable et sans la

moindre imprudence, ce cortège de symptômes reparut soudainement encore et avec une intensité beaucoup plus grande. La nuit fut très mauvaise, la température fort élevée et le malaise tel que la malade disait qu'elle allait mourir.

Je fus mandé et j'arrivai vingt-quatre heures après le début de la crise ; tout était apaisé ; mais il y avait une angine herpétique bien caractérisée et déjà un groupe de petites vésicules naissantes à la commissure des lèvres. Cette constatation éclaira la nature des premiers accidents. Deux accès de fièvre herpétique s'étaient montrés à dix jours d'intervalle.

Il n'y eut pas d'autre symptôme du côté de la plaie qu'une vive hyperesthésie lors de la première attaque. — A. V. 1884.

DES SYMPTOMES CUTANÉS DANS LA PYOHÉMIE

Anthrax de la muqueuse buccale. — Pyohémie. Éruption cutanée polymorphe. — Mort.

Le 6 juin 1868 entra dans mon service, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 30, un jeune architecte âgé de dix-neuf ans, d'une constitution athlétique, présentant sur toute la moitié gauche de la face un gonflement considérable.

La parole était embarrassée, la fièvre violente et les idées un peu confuses. L'interrogatoire fut donc difficile; cependant, soit par le malade, soit par les parents, nous apprîmes que la santé avait été jusqu'alors parfaite, qu'il n'y avait dans les antécédents ni rhumatisme, ni alcoolisme, ni excès d'aucun genre, que le régime et les conditions hygiéniques étaient excellents. Pour seules affections antérieures, une blennorrhagie qui avait duré plusieurs mois, et à diverses reprises des poussées d'urticaire qui se prolongeaient deux ou trois jours.

Quinze jours auparavant, à la suite d'un bain froid, survint une angine assez intense, avec tuméfaction du cou à gauche, fièvre et état saburral; ces symptômes avaient à peu près disparu lorsque, le 2 juin, se déclara subitement un gonflement considérable et très douloureux de la joue gauche. Un médecin appelé le 3 pratiqua avec la pointe d'une lancette quelques mouchetures; l'une d'elles donna lieu à une hémorrhagie abondante, qui ne put être arrêtée qu'avec la suture entortillée. L'état général s'aggravant, le malade fut amené à l'hôpital le 5. Je le vois le 6 au matin.

La joue gauche a doublé d'épaisseur; elle est d'un rouge livide, lisse, luisante, sans fluctuation, sans inégalité à la surface, inextensible et d'une dureté ligneuse; on glisse difficilement le doigt entre

1. *Gazette hebdom.*, 13 novembre 1868, p. 725.
Revue clinique dans laquelle je parle également de l'*Anthrax des lèvres et des muqueuses.*

elle et les arcades alvéolaires. Les mâchoires s'écartent d'un centimètre à peine : aussi est-il impossible d'explorer convenablement la gorge et la muqueuse buccale. La langue, les dents, les gencives, sont fuligineuses; la salive est rare, épaisse, sanieuse. Le patient supporte d'ailleurs très impatiement ces explorations, qui paraissent le faire beaucoup souffrir.

A l'extérieur, on retrouve les traces des ponctions ; les deux épingles qui ont servi à arrêter l'hémorrhagie sont encore en place; la peau est souillée par le sang et le perchlorure de fer; le gonflement n'est pas borné à la joue proprement dite, il envahit la commissure gauche de la bouche et la région parotidienne, dépasse en bas le bord du maxillaire inférieur et envahit même les paupières, qui sont écartées et soulevées par un chémosis volumineux.

L'état général est des plus mauvais : fièvre intense; pouls fort et rapide; peau tantôt sèche, tantôt couverte d'une sueur profuse; agitation continuelle; délire violent la nuit précédente, un peu calmé le matin; soif vive; ballonnement du ventre; urines rares et fortement colorées, ne renfermant ni albumine ni sucre; température, 40°,2.

On observe du côté de la peau des phénomènes sur lesquels je veux insister. A première vue, je constatai sur le dos des mains, des poignets et des avant-bras, des saillies rouges, épaisses, rappelant tout à fait l'urticaire. Le malade nous apprend qu'il est sujet à cette affection, qui dure d'ordinaire deux ou trois jours. Rien sur le reste du corps. Le lendemain ces élevures sont beaucoup plus nombreuses, plus larges et plus rouges. L'éruption cutanée s'est généralisée, mais elle présente des aspects très variés, suivant les points du corps où on l'examine; çà et là, surtout aux membres inférieurs, aux bras et aux épaules, on dirait de gros boutons de varioloïde ou bien de larges papules, dont quelques-unes se desquament au centre, de manière à simuler ce qu'on nomme le psoriasis syphilitique. Sur l'abdomen et le thorax, au contraire, s'observent des plaques larges comme la paume de la main, empiétant les unes sur les autres par leur circonférence, à contours arrondis, très nets, très réguliers, à peine saillants. D'un rouge très vif au centre, ces plaques présentent à la circonférence une desquamation épidermique blanche et presque nacrée, comme dans le psoriasis. Rien à la face ni au cou. Cette éruption, qui s'était montrée dans le court espace de vingt-quatre heures (l'urticaire des mains excepté), n'est accompagnée d'aucune démangeaison. Pour en finir avec les symptômes cutanés, je dirai que le soir même du 7 tout a disparu brusquement, laissant pour

uniques traces un peu de desquamation et des taches ecchymotiques analogues au purpura. Cette sorte de délitescence s'explique par l'approche de la mort, qui survint dans la matinée du jour suivant.

J'avouerai que mon premier examen me laissa dans le doute sur le diagnostic; l'œdème dur de la joue rappelait le gonflement qui entoure l'anthrax ou la pustule maligne; mais le tégument n'offrait pas la moindre trace d'eschare, ni d'inflammation des follicules sébacés. J'avais vu récemment deux cas d'abcès sous-périostiques des mâchoires qui avaient amené dans les parties molles du visage des altérations analogues; mais je ne pus cependant découvrir, ni même soupçonner, quel point du squelette était affecté; aussi malgré l'indication d'un débridement, je dus l'ajourner, faute de savoir où il convenait de le pratiquer. L'hémorrhagie des jours précédents me détournait d'ailleurs d'inciser à l'aventure cette masse indurée. Je me contentai de prescrire de larges onctions sur la partie malade avec l'onguent napolitain belladoné, un purgatif salin, enfin une potion avec l'aconit et la digitale.

Le lendemain 7, l'état s'était aggravé : la fièvre, le délire, le ballonnement du ventre, avaient augmenté. La tuméfaction gagnait le cou et l'autre moitié du visage. L'éruption cutanée que j'ai décrite plus haut me fit diagnostiquer une pyohémie suraiguë, mais je croyais toujours à un phlegmon sous-périostique. Je considérais d'ailleurs le malade comme inévitablement perdu. Le soir, l'agonie commença et se termina dans la matinée du 8 juin, six jours à peine après le début du gonflement de la joue.

Nous obtînmes à grand'peine l'autorisation de faire l'autopsie, à la condition expresse que le visage ne serait point mutilé. Les mâchoires étant écartées, je cherchai à vérifier mon hypothèse; elle était fausse, et c'est alors seulement que je reconnus la véritable affection.

Toute la face interne de la joue gauche et des lèvres, au voisinage de la commissure, présentait les lésions types de l'anthrax suppuré. La muqueuse était criblée d'orifices arrondis disposés en arrosoir, et dont on faisait, par la pression, sortir des bourbillons aussi compactes que ceux qu'on observe à la peau; çà et là la mortification avait envahi les espaces compris entre les orifices.

Ce fait établissait nettement l'existence de l'anthrax des muqueuses, que mes observations antérieures m'avaient fait admettre déjà, mais dont je n'avais jamais observé d'exemple aussi net. En effet, j'avais bien vu l'anthrax des lèvres débutant par la peau se propager au bord libre, à la face muqueuse et même aux parties pro-

fondes, de sorte qu'on pouvait ne voir là qu'un fait de propagation; mais ici aucun foyer, ni dans le tégument externe, ni dans la couche cellulo-graisseuse qui le double. Les foyers multiples siégeaient exclusivement dans la couche profonde de la joue.

Toute dissection de la face m'étant interdite, je me contentai d'examiner les viscères; la pyohémie était évidente; à droite, pleurésie purulente métastatique; nombreux abcès dans les deux poumons; rate et reins sans altérations; foie assez volumineux, et montrant les débuts de l'infiltration graisseuse.

En présence de ces lésions, je me pardonnai, sinon mon erreur de diagnostic, au moins la timidité de ma thérapeutique. Le mal, même reconnu le 6 au matin, aurait résisté à tous les moyens.

En 1867, j'avais déjà observé une éruption cutanée consécutive à une pyohémie.

Rétrécissement de l'œsophage. — Cathétérisme. — Pyohémie. — Éruption de psoriasis aigu. — Mort.

Homme de cinquante ans environ, atteint de rétrécissement de la partie supérieure de l'œsophage. Malgré l'amaigrissement et l'affaiblissement, conséquences naturelles d'une alimentation insuffisante, la santé générale était passable. A plusieurs reprises je tentai sans succès de franchir l'obstacle. J'y parvins un jour avec une petite sonde d'argent, flexible et terminée par un renflement olivaire de quelques millimètres. J'ai la conviction de n'avoir causé aucun dégât notable. Cependant, dès le lendemain, le malade accusa une douleur obtuse à la partie inférieure et gauche du cou; la déglutition était devenue douloureuse et plus difficile.

Je ne renouvelai pas mes tentatives, et prescrivis *loco dolenti* une application de sangsues. Il y eut une amélioration passagère, mais la douleur reparut et un frisson intense survint le jour suivant. Je soupçonnai d'abord un phlegmon profond, qui, néanmoins, ne se dessina pas. Malgré une nouvelle application de sangsues, la fièvre continua, accompagnée de soif, d'abattement général, d'altération des traits et de pressentiments funestes.

Le soupçon d'une pyohémie me traversa l'esprit. Quatre jours après le début des accidents, nous vîmes apparaître sur la face dorsale du poignet, autour des olécrânes et des rotules, des taches d'un rouge vif, arrondies, nettement circonscrites, d'un diamètre moyen d'un centimètre, sans saillie, s'effaçant incomplètement sous la pression et ne déterminant ni douleur ni prurit. Ce phénomène me frap-

pa, et pour être fixé sur sa nature je réclamai les lumières de mon collègue et ami M. Hérard. Comme moi, il resta dans le doute sur le nom qui convenait à cette manifestation cutanée. Le siège était précisément celui du psoriasis, mais le début ne confirmait guère l'idée d'une telle dermatose. Toutefois, un de mes élèves, qui avait pendant un an étudié les maladies de la peau à l'hôpital Saint-Louis, m'affirma avoir vu des cas analogues qui, suivant lui, méritent le nom de *psoriasis* aigu et fébrile.

D'autres taches semblables apparaissaient sur la face dorsale des avant-bras, à la face interne de la cuisse gauche, etc. Mais un symptôme beaucoup plus décisif confirmait le diagnostic de la pyohémie. Un doigt de la main gauche s'était subitement tuméfié avec sensibilité extrême à la pression et coloration rosée et diffuse du tégument; phénomènes analogues au niveau d'une malléole et de la face interne du gros orteil droit. J'abrège en disant que la mort survint quatre jours après le début de l'éruption, qui s'était étendue à divers points des membres, tantôt gardant le même aspect, tantôt prenant l'apparence de la lymphangite diffuse.

A l'autopsie, abcès métastatiques nombreux, collections purulentes au doigt, à l'orteil, à la malléole. Rétrécissement très-irrégulier de l'œsophage; nulle trace de fausse route ni de déchirure à son niveau; foyer purulent accolé à la partie gauche un peu au-dessous du point rétréci, sans communication aucune avec le canal.

Dans ces deux cas, l'éruption cutanée a présenté une analogie frappante. Les poignets ont été les premiers envahis et l'aspect a rappelé le psoriasis par la couleur, la limitation et le siège; mais c'est à cela, bien entendu, que doit s'arrêter l'analogie.

J'ai cherché vainement jusqu'ici mention de ces symptômes dans les descriptions de la pyohémie. On note comme manifestations du côté de la peau ce que tout le monde a vu en effet, c'est-à-dire des rougeurs diffuses autour des articulations, au niveau des bourses séreuses ou des foyers sous-cutanés, mais rien qui rappelle les exanthèmes limités.

Il me paraît impossible de nier une relation étroite entre la pyohémie et l'éruption susdite, et je serais porté à croire que la lésion consiste non-seulement dans une injection vive du derme, mais encore dans une véritable production de leucocytes, comme elle a été constatée par M. Vulpian dans l'érysipèle. Malheureusement l'existence de la suppuration métastatique du derme lui-même reste à démontrer directement; aussi je regrette fort de n'avoir pas dirigé

mes investigations de ce côté. C'est une question à revoir, mais que j'ai cru utile de poser.

Je ne saurais quitter ce sujet sans dire un mot d'une autre manifestation cutanée que j'ai également constatée dans un cas d'infection putride ou septicémie lente, terminée par une pyohémie aiguë.

Abcès de la fosse iliaque. — Septicémie chronique, puis pyohémie aiguë. — Zona gangréneux de la paroi abdominale. — Mort.

Un jeune homme entre dans mon service pour un abcès de la fosse iliaque gauche, développé rapidement à la suite d'une lésion des vertèbres lombaires, que je ne saurais mieux caractériser qu'en l'appelant abcès sous-périostique vertébral. La collection purulente fut ouverte, drainée, injectée quotidiennement avec la teinture d'iode, et pendant quelque temps nous pûmes espérer la guérison. Mais en dépit de tous nos efforts, la fièvre hectique survint et nous reconnûmes tous les indices d'une septicémie progressive. Un jour apparurent les signes de la pyohémie; à l'autopsie nous retrouvâmes, en effet, les abcès métastatiques et une phlébite des veines iliaques externe, interne et pelvienne du côté affecté.

Quarante-huit heures avant la mort, à la suite d'un frisson plus violent que les précédents je constatai : 1° sur différents points du corps des taches bleuâtres circonscrites, fort semblables à l'éruption bleue notée dans quelques fièvres graves; 2° un zona bulleux qui s'était développé en quelques heures sur le côté affecté. Il partait de l'ombilic et se prolongeait en demi-ceinture sur la paroi abdominale, longeant la crête iliaque pour atteindre le rachis. Les bulles avaient un volume assez considérable, de 5 à 8 millimètres de diamètre; quelques-unes étaient entourées d'une zone inflammatoire. La veille de la mort elles étaient affaissées pour la plupart. L'ablation de l'épiderme laissait voir une coloration noire comprenant presque toute l'épaisseur du derme et qui était due à une mortification de la peau. L'épithète de zona gangreneux convenait donc à cette lésion.

J'ai encore observé une éruption de *purpura* chez un amputé de cuisse qui a succombé à la pyohémie; plusieurs hémorrhagies sérieuses s'étaient faites par le moignon avant l'apparition des taches cutanées, lesquelles ne parurent que sur le membre abdominal sain.

Enfin, je lis dans le compte rendu de la Société médicale des hôpitaux (*Gaz. hebd.* 23 oct. 1868, p. 684), que M. Gallard a souvent observé chez les femmes en couches atteintes de péritonite des

plaques rouges passagères occupant différents points du visage. Convient-il de rapprocher ce phénomène de celui que je signale ici?

Je conclus de ces faits : 1° que dans les cas de pyohémie la peau devient parfois le siège d'éruptions exanthématiques diverses ;

2° que ce symptôme est rare si j'en juge par le silence des auteurs;

3° qu'il est l'avant-coureur d'une mort prochaine.

APPENDICE

On verra plus loin dans les *Mémoires* de M. Tremblez un historique de la question; mais il contient quelques lacunes. L'une d'elles est relative à une note publiée en 1868 par M. Henry Lee *sur les éruptions rouges de la peau après les affections chirurgicales ou autres*[1]. Cette note, dont je n'ai eu connaissance que récemment, mentionne quatre observations, différentes, sauf la seconde, de celles qu'il avait signalées en 1863 au cours de la discussion soulevée à la société pathologique de Londres (Voir plus haut, page 334, et plus loin, page 415).

Dans le premier cas, il s'agit d'ulcération intestinale avec typhlite et périty phlite, phlébite des branches de la veine mésentérique supérieure et abcès du foie; — dans le second (1863) d'une opération pour fistule anale; — dans le troisième, la nature de l'affection n'est pas indiquée; abcès secondaire du genou; — dans le quatrième, à la suite d'une ostéo-myélite consécutive à une amputation, il survint une éruption de plaques rouges sur les mains et sur le côté droit de la poitrine et de l'abdomen, mais sans caractère bien déterminé, et l'auteur n'en tient pas compte.

Les éruptions signalées dans les trois premiers cas sont : dans le premier, de nombreuses taches rouges, ineffaçables, pétéchiales, sur le devant de la poitrine et sur les extrémités; dans le dos, elles étaient noirâtres, livides; la peau du cou présentait une rougeur diffuse, analogue au rash scarlatineux; — dans le deuxième cas, de nombreuses taches d'un rouge brillant, sur le tronc et les membres, tellement confluentes le lendemain qu'elles ressemblaient à la scarlatine; — dans le troisième, nombreuses petites taches rouges sur le membre inférieur, autour du genou.

La mort survint dans tous ces cas; l'auteur pense que la coloration de la peau est le résultat d'une infection du sang. — A. V. 1884.

1. Henry Lee, *Red Eruption on the Skin after surgical and other Injuries*, in *The Lancet*, 4 janvier 1868, vol. I, p. 9.

DES ÉRUPTIONS CUTANÉES

APRÈS LES OPÉRATIONS

ET DANS LE COURS DES AFFECTIONS SEPTICÉMIQUES CHIRURGICALES

Par M. J. TREMBLEZ[1]

Les lésions traumatiques, lorsqu'elles ne restent pas locales, retentissent au loin sur tous les organes et sur tous les systèmes, et y provoquent l'apparition de troubles fonctionnels divers et de lésions secondaires très-variées.

De leur côté, les maladies infectieuses d'origine chirurgicale, la septicémie, la pyohémie, agissent de même, altérant à la fois les liquides et les solides.

Le système tégumentaire n'échappe pas à ces manifestations et reflète aussi l'intoxication septicémique. Il y a donc des dermatoses d'origine traumatique et d'origine septicémique.

La constatation de ce fait a été très-tardive, et c'est à peine si l'on en trouve çà et là quelques mentions perdues dans des observations destinées à prouver autre chose. En 1868, M. Verneuil a consacré à ce sujet un travail spécial dans lequel la question est nettement posée.

C'est ce travail qu'à l'instigation et avec les conseils de notre chef nous continuons aujourd'hui, en colligeant tout ce que nous avons pu rassembler dans les livres, et en y apportant des faits inédits.

Les conclusions qu'on trouvera à la fin de cette note sont évidemment provisoires, mais suffisantes néanmoins pour établir péremptoirement le fait et attirer sérieusement l'attention des observateurs.

1. Extrait de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 9 septembre 1870, p. 548 et 563.

Nous diviserons ce travail en deux chapitres, suivant que l'éruption est consécutive à une opération chirurgicale ou à une maladie septicémique.

I. — ÉRUPTIONS CUTANÉES A LA SUITE DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES.

Civiale est, à notre connaissance, le premier auteur qui les ait mentionnées.

« Il n'est pas rare, dit-il, d'observer sur diverses parties du corps, chez les calculeux en particulier, soit pendant les crises de douleurs des pierres, soit à la suite de toute opération chirurgicale, ces boutons, ces pétéchies, ces plaques cuivreuses plus ou moins étendues que j'ai signalées depuis longtemps, et dont on a constaté l'analogie avec certaines phlegmasies et certains abcès. » (*Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, t. III, p. 596, 1858.)

Plus loin (p. 625), Civiale parle d'un malade qui, souffrant de la vessie et de l'estomac, avait eu plusieurs fois aux jambes des éruptions de gros boutons rouges, douloureux, et des plaques avec des démangeaisons insupportables. Ces éruptions étant rattachées à l'existence d'un calcul vésical, on fit la lithotritie. Deux jours après, rétention d'urine avec fièvre, hoquets, nausées ; l'éruption reparut aux jambes, plus développée qu'elle ne l'avait été jusque-là et accompagnée de douleurs vives et de gonflement. Le traitement fut suspendu pendant quelque temps, puis on fit de nouveau la lithotritie, et on continua jusqu'à la fin sans accidents. Le malade guérit.

En 1863 eut lieu à la Société pathologique de Londres une discussion sur les éruptions consécutives aux opérations chirurgicales à propos de l'observation suivante communiquée par M. Maunder[1].

M. Maunder présenta un calcul extrait par la taille médiane, et donna les détails suivants sur le fait, principalement dans le but de discuter la nature des éruptions cutanées après les opérations.

1. Dans son mémoire, M. Tremblez a rapporté cette discussion d'après le *Mouvement médical*, qui lui-même l'avait reproduite d'après un article du journal anglais *The Medical Circular*, 1864, p. 53. Comme les *Transactions* de la Société pathologique de Londres ne renferment aucune trace de cette discussion, que l'année 1864 de la *Med. Circular* n'est pas à la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris, nous donnons ici la traduction de ce compte rendu de la séance d'après le *Medical Times*, où il est beaucoup plus détaillé que dans le *Mouvement médical* (Séance du 1er décembre 1863, in *Med. Times and Gazette*, 26 décembre 1863, t. II, p. 679). — A. V.

Garçon de six ans, taillé le 21 octobre 1863; calcul pesant 24 grammes, retiré avec la tenette par une traction forte et prolongée. Le lendemain, l'urine coule librement par la plaie; soif, chaleur de la peau; rash sur l'avant-bras gauche découvert; le médecin résident pense qu'il s'agit de la scarlatine. L'enfant est transporté en médecine et meurt dix jours après l'opération. Il avait paru avoir une angine, d'après une difficulté marquée de la déglutition. On ne permit qu'une autopsie partielle. La vessie était vide et contractée, ses tuniques épaissies, mais d'ailleurs normales. La partie postérieure de la plaie de l'urèthre était contuse, par suite de l'extraction; la partie antérieure était lisse, à bords coupés nettement. La peau des parties antérieure et gauche du thorax était couverte de taches pourpres, résistant à la pression.

M. Graily Hevitt dit avoir observé une éruption d'urticaire après l'ablation d'une excroissance de l'urèthre chez la femme; il ajouta que Scanzoni avait mentionné que ces éruptions suivent assez fréquemment les opérations sur les organes génitaux de la femme.

M. Murchison dit que l'ecchymose, dans le cas de M. Maunder, indique plutôt une scarlatine maligne qu'une urticaire.

M. Broadbent dit avoir vu trois cas d'éruptions d'un rouge vif, après une opération, et qui n'étaient pas de la scarlatine. Il y eut une légère desquamation, mais ni soif, ni signes de scarlatine à la langue, ni symptômes généraux, ni affection rénale consécutive.

M. Crisp dit avoir opéré, plusieurs années auparavant, d'un phimosis, un jeune homme sain et robuste. Peu de temps après l'opération, le corps se couvrit d'un rash écarlate, comme érysipélateux, et le malade mourut. A l'autopsie, on trouva tout le tube digestif affecté de même et sphacélé en plusieurs points.

M. Spencer Wells dit que des éruptions de diverses espèces ne sont nullement rares après les plaies, les blessures et les opérations chirurgicales. Ce sont les signes extérieurs et visibles d'altérations du sang, l'urticaire et l'érythème traduisant des modifications relativement légères; tandis que le purpura et l'urine sanglante, albumineuse, accompagnent les cas les plus graves d'empoisonnement du sang. Il a vu un rash rouge sombre, semblable à la forme érythémateuse de l'érysipèle ou de la scarlatine, couvrir entièrement le corps d'une femme en un quart d'heure, après une application de perchlorure de fer sur des végétations en chou-fleur de l'utérus.

Il a constaté une urticaire après une ovariotomie (*Med. Circular*).

Souvent, il a vu l'urticaire suivre des opérations légères sur les organes génitaux de la femme, même l'application d'un caustique sur

l'utérus, et il connaît une patiente qui n'a jamais été examinée au speculum sans être couverte d'urticaire. Ces cas légers sont très intéressants, car ce sont sans doute des preuves aussi complètes de l'empoisonnement du sang que les formes les plus graves connues, comme la pyohémie et la septicémie.

M. Camps dit que l'urticaire peut être aussi bien le résultat d'une altération nerveuse que de l'empoisonnement du sang. Il a vu un homme hystérique pris d'urticaire à la suite d'une attaque (*Med. Circular*).

M. Hillier dit aussi que, lorsque l'urticaire est survenue après le simple examen au speculum, on ne pouvait guère l'attribuer à un empoisonnement du sang. Il est bien connu, dit-il, que chez certaines personnes, l'urticaire apparaît après la plus légère excitation mentale.

M. Callender a remarqué que des éruptions suivaient les opérations; il rapporta un cas dans lequel l'éruption de scarlatine survint au bout de vingt-quatre heures.

M. Lee a vu trois cas d'éruption après une opération. Dans l'un, vingt-quatre heures après une opération pour phimosis, une rougeur livide apparut, et l'enfant mourut en quelques heures.

M. Harley a vu une éruption rouge après un cas de taille périnéale, mais ce n'était pas de l'urticaire, comme dans le cas de Scanzoni.

Nous regrettons de n'avoir pas sous les yeux les observations de M. Crisp et de M. Lee. Nous pensons que la mort survenue à la suite de la circoncision doit être rapportée moins à l'éruption qu'à une maladie septicémique quelconque, dont cette éruption aurait été un des symptômes ultimes.

Même réserve pour le cas de M. Wells. Ne connaissant point l'issue de l'ovariotomie chez sa malade, nous ignorons si l'urticaire est due à l'opération ou survenue dans le cours d'une péritonite consécutive.

A en juger par les nombreux exemples cités, trop sommairement par malheur, dans la discussion anglaise, les cas d'exanthèmes cutanés à la suite des opérations ne seraient pas très rares, si l'on pense surtout qu'ils peuvent échapper à l'observation à cause de leur évolution rapide, et qu'on y attache d'ailleurs peu d'importance en raison de leur bénignité.

Ce qui nous confirme dans cette opinion sur la fréquence du phénomène, c'est que, dans un délai très court, nous avons pu nous-même recueillir deux observations que nous allons rapporter avec quelques détails.

Obs. I. — Madame G..., trente-neuf ans, couturière, entrée le 12 mars 1870, salle Sainte-Jeanne, n° 3, présente dans la région sus-hyoïdienne et sur la ligne médiane un abcès superficiel du volume d'une noix. Aux symptômes locaux s'ajoutent quelques accidents généraux : fièvre, frissons légers suivis de chaleur fébrile, céphalalgie, perte d'appétit, insomnie, etc.

Le 14 mars, ouverture de l'abcès.

Le 15, les symptômes généraux diminuent, mais en même temps apparaissent à la région fessière de petits boutons qui sont le siège d'un prurit très incommode.

Le 16, l'éruption s'est propagée aux genoux, aux bras, aux épaules.

Le 17, l'éruption se généralise et occupe la face dorsale des avant-bras et des bras, les épaules, le dos, les fesses, les genoux et la face dorsale des pieds; quelques boutons à la face interne des jambes et des cuisses. Le visage, la poitrine et l'abdomen sont épargnés.

Ces boutons, de la grosseur d'un grain de mil et à peine colorés, disparaissent sous la pression du doigt. Ils sont disséminés ou réunis sous forme de petites papules assez larges, séparées les unes des autres par des espaces de peau saine. Quelques-uns présentent à leur sommet une petite croûte noirâtre due à l'action des ongles. Les démangeaisons sont exaspérées par la chaleur du lit et rendent le sommeil impossible.

Il s'agit d'un *prurigo formicans*.

Rien d'analogue dans les antécédents de la malade, qui jouit d'ordinaire d'une santé parfaite.

Cette éruption persiste pendant dix jours; puis disparaît lentement; l'abcès se cicatrise, l'état général se rétablit, et la malade sort le 29 mars entièrement guérie.

Obs. II. — Madame S..., vingt-cinq ans, blanchisseuse, entre le 21 mars 1870, salle Sainte-Jeanne, n° 24 ; d'une constitution assez délicate, elle présente à la joue droite une tuméfaction due au développement d'un kyste dentaire siégeant un peu en arrière de la fosse canine. La tumeur, qui date de dix mois environ, reconnaît pour cause la carie d'une molaire. État général assez satisfaisant.

Le 27 mars, ponction du kyste par l'intérieur de la bouche. Issue d'une sérosité filante mêlée de sang.

Le 28, la malade quitte l'hôpital contre l'avis de M. Verneuil.

Le 29 au soir, elle est prise chez elle de mal de gorge, avec fièvre, frissons, céphalalgie, nausées, toux incommode, etc.

Elle rentre à l'hôpital le 1er avril. La joue droite est plus tuméfiée qu'avant l'opération. — Prescription : Ipéca; julep gommeux.

Le 2, réminiscence des symptômes généraux, joue moins tuméfiée, mais on constate sur la face antérieure des poignets, la face dorsale des mains et des doigts, les parties latérales du cou, l'apparition de taches d'un rouge vif, confluentes ou disséminées, séparées entre elles par des espaces où la couleur des téguments est normale. Ces taches sont légèrement saillantes, petites, arrondies, comme papuleuses. Elles disparaissent sous le doigt qui les presse, et ne provoquent ni douleur ni démangeaison. C'est là évidemment un érythème papuleux.

La malade affirme n'avoir jamais eu aucune espèce d'éruption.

L'érythème dure jusqu'au 4. Il est suivi d'une légère desquamation.

Sa disparition s'accompagne d'une augmentation très notable de la toux, que M. Verneuil attribue à une éruption analogue siégeant sur la muqueuse respiratoire.

Le 8 avril, tout est fini, la joue elle-même est à peine tuméfiée.

Ici se termine la première série de nos observations; elle prouve qu'à la suite d'une opération chirurgicale quelconque, on voit quelquefois survenir une éruption, ordinairement précédée de symptômes généraux assez intenses : fièvre, frissons, céphalalgie, insomnie, inappétence, nausées, etc., mais qui disparaissent spontanément au moment de la poussée éruptive.

L'éruption semble appartenir à la classe des exanthèmes : par ordre de fréquence, nous notons au premier rang le rash, observé surtout en Angleterre, puis l'urticaire et l'érythème simple ou papuleux, avec ou sans prurit.

Des faits plus nombreux modifieront sans doute ce tableau provisoire.

Quelles sont les causes de ces éruptions, en d'autres termes, comment une blessure ou une opération peuvent-elles provoquer des manifestations cutanées?

Nous remarquons d'abord que l'éruption survient, en général, deux ou trois jours après l'opération, et qu'elle est précédée d'ordinaire par des symptômes généraux d'une certaine intensité. Il est donc vraisemblable qu'elle est sous la dépendance de la fièvre traumatique et due à l'altération du sang, dont cette fièvre est l'effet et l'indice. Il est à noter d'ailleurs que la plupart des cas

ont été observés à la suite d'opérations sur la vessie et la cavité buccale, en des points où les produits de la plaie se décomposent rapidement et peuvent acquérir des propriétés septiques intenses.

L'état antérieur du malade peut encore jouer le rôle de cause prédisposante, si cet opéré est sujet à des éruptions cutanées; l'acte opératoire réagissant sur l'économie tout entière sera sans doute capable de réveiller cette disposition. Telle est du moins l'opinion formelle de M. Verneuil, qui nous a fourni à l'appui l'observation suivante, rentrant jusqu'à un certain point dans notre sujet.

Obs. III. — *Hémorrhoïdes. — Opération. — Éruption cutanée.*

Capron, âgé de soixante-neuf ans, domestique, entre à Lariboisière, salle Saint-Louis, n° 16, le 28 décembre 1869.

Cet homme est encore vigoureux, malgré son âge. Dans sa jeunesse, il a fait de nombreux excès de boisson et de femmes. A seize ans, un écoulement qui dura un mois, revint à chaque excès et ne disparut complètement qu'à trente-cinq ans. En même temps, gale et orchite à gauche, puis abcès péri-ombilical qui suppura longtemps.

A vingt-cinq ans, sans cause connue, eczéma qui fut traité sans succès à l'hôpital Saint-Louis. Il siégeait aux deux jambes, et disparut au bout de six semaines.

Point d'autre affection, ni rhumatisme, ni névralgie, ni démangeaisons, ni éruptions répétées.

A partir de trente ans, développement d'hémorrhoïdes, qui depuis trois ou quatre ans incommodent autant par leur volume que par les hémorrhagies et les douleurs. Aujourd'hui elles forment un bourrelet circulaire de la grosseur du doigt, très gênant dans la marche et pendant le travail.

Le 5 janvier, cautérisation avec le galvano-cautère; plusieurs pointes de feu dans la tumeur. Dilatation du sphincter avec les doigts pour parer à un certain degré de contracture anale.

Suites très bénignes de l'opération, douleurs locales très minimes, point de fièvre ni d'accidents notables.

Une quinzaine de jours après l'opération, alors que l'inflammation consécutive à la cautérisation avait disparu, apparition aux deux membres inférieurs d'une éruption cutanée offrant les caractères du psoriasis. Écailles formées de plaques d'épiderme de grandeur variable, et entourées d'une auréole rougeâtre. Ces plaques tombent

peu à peu, et la peau reprend son apparence naturelle sous l'influence de quelques bains et de boissons délayantes. Exeat le 4 février.

Le pronostic s'est montré favorable dans les quelques cas que nous venons de rapporter, et dans lesquels, du reste, il s'agissait d'opérations minimes, exemptes d'accidents graves. Cette bénignité contraste avec l'extrême gravité des faits que nous allons décrire; dans ceux-ci, l'apparition de l'éruption a précédé de peu de temps la mort, constituant de la sorte un symptôme des plus fâcheux.

II. — ÉRUPTIONS CUTANÉES DANS LA PÉRIODE ULTIME DES MALADIES SEPTICÉMIQUES.

C'est encore dans l'ouvrage de Civiale que nous trouvons la première mention d'éruption cutanée symptomatique d'une maladie septicémique.

A la page 538 du tome III du *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, il est parlé d'un vieillard qui, souffrant depuis longtemps d'une affection des voies urinaires, mourut par suite d'une infection urineuse. Peu de temps avant sa mort, on vit apparaître « des taches brunes assez étendues à la peau. »

Civiale signale sommairement le fait, sans paraître y ajouter grande importance.

Dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1858, p. 94), le fait suivant est rapporté par M. Gubler :

Un homme entre dans le service de M. Ricord pour des abcès situés sous le cuir chevelu. Le pus de ces tumeurs s'étend aux parties voisines, des symptômes généraux se manifestent, et le malade finit par succomber.

Dans les derniers temps, « des phlyctènes remplies de sérosité roussâtre apparurent sur le corps, et notamment sur les avant-bras et sur les cuisses ». A l'autopsie, on trouve les lobules des poumons infiltrés de pus, le foie est le siége d'abcès multiples, etc.

D'après la marche des symptômes, M. Gubler pense que le malade a succombé à un farcin chronique. MM. Fano et Broca, au contraire, rapportent tous ces symptômes à l'infection purulente.

Quoi qu'il en soit, le farcin et l'infection purulente étant des maladies septicémiques, nous pouvons, sans inconvénient, rattacher à l'une d'elles l'éruption développée chez ce malade.

Dans la thèse de M. Marx (1861, p. 101) se trouve consignée

l'histoire d'un malade entré à l'hôpital le 20 juin 1843, pour une myélite suivie d'atonie de la vessie. Ce malade, dans le but de dilater son urèthre, avait introduit un pampre de vigne qui s'était brisé dans la vessie. On fit des tentatives pour extraire le corps étranger. Après la dixième séance survint un accès de fièvre qui revint tous les jours du 21 au 27 juillet.

Le 30 juillet, huit jours avant la mort, éruption d'urticaire.

Le 7 août, les urines devinrent purulentes, et le malade ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on reconnut une péritonite, une pleurésie double et de légères traces d'inflammation du rein[1].

Le 23 octobre 1868, la *Gazette hebdomadaire* publie (p. 684) une note de M. Gallard lue à la Société médicale des hôpitaux.

En juin, il y eut à l'hôpital de la Pitié, salle Notre-Dame, une épidémie d'érysipèle. Au nombre des malades de cette salle se trouvait une femme en couches, laquelle présentait sur le menton une plaque rouge qui ne dura qu'un jour, et qui fit craindre un érysipèle de la face. Cette rougeur ne s'étendit pas, dès le lendemain elle avait disparu. Ce n'était, dit M. Gallard, qu'une de ces plaques rouges comme on en trouve habituellement sur la face des femmes affectées de péritonite. Seulement cette rougeur siégeait sur le menton, alors qu'habituellement on la rencontre sur les joues. Au surplus, elle s'était dissipée dès le lendemain, et la maladie succombait à une péritonite généralisée.

Dans toutes ces observations, les phénomènes éruptifs ne sont signalés qu'en passant ; leur relation avec l'intoxication urineuse, la pyohémie, la péritonite puerpérale, n'est pas nettement mise en relief. C'est bien évidemment dans la note de M. Verneuil, insérée dans la *Gazette hebdomadaire* (13 novembre 1868), que cette relation est clairement indiquée et démontrée pour la première fois.

[M. Tremblez rapporte ici les observations que j'avais publiées en 1868 et les conclusions que j'y avais ajoutées (voir précédemment page 404), puis il continue en ces termes.]

A cette époque, M. Verneuil, n'ayant vu qu'un petit nombre de faits, et ne trouvant presque rien dans les livres classiques, avait

1. Marx. *Des accidents à forme intermittente et des phlegmasies à siège spécial qui suivent les opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre*, thèse de doct., Paris, 1861.

quelque raison de considérer comme rares les exanthèmes septicémiques. Aujourd'hui, il a modifié son opinion en présence des cas assez nombreux qu'il a observés, ou dont il a suscité la publication. Nous pensons avec lui que le symptôme en question est assez commun.

Pendant que M. Verneuil publiait ses premières notes, M. Champouillon, professeur au Val-de-Grâce, adressait au conseil de santé l'observation d'un malade atteint de rétrécissement infranchissable de l'urèthre et qui dut subir l'opération de la boutonnière. Il mourut d'infection urineuse, mais présenta avant la mort des rougeurs à la peau. Déjà en 1858 et 1864, M. Champouillon avait noté le même symptôme chez deux malades atteints d'affections des voies urinaires. Ces trois malades succombèrent, ce qui, ajoute M. Champouillon, confirme la valeur pronostique attribuée à ces taches par M. Verneuil (*Gazette hebdomadaire*, 29 janvier 1869, p. 70).

Dans la thèse de M. le docteur Martin (*Périostite phlegmoneuse aiguë*, 11 mars 1869), nous trouvons l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans, vigoureux, bien constitué, atteint d'une périostite phlegmoneuse de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche (p. 29).

La fluctuation étant évidente, on intervient chirurgicalement. La suppuration devient abondante, il se fait des suppurations multiples et le malade succombe en proie à tous les phénomènes de l'infection putride (septicémie proprement dite), dix jours après le début de sa maladie.

Le matin de sa mort, le malade présentait sur les membres supérieurs et inférieurs des taches ecchymotiques. Bien qu'assez nombreuses, elles n'étaient point confluentes, quelques-unes d'entre elles étaient légèrement saillantes au-dessus de la peau.

Autopsie. — Poumons et foie parfaitement sains, rate diffluente.

Dans le *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande* de novembre 1869, page 365, M. le docteur Bonnard, après avoir rapporté les observations de M. Verneuil sur les exanthèmes cutanés de la pyohémie, s'exprime en ces termes:

« Ces propositions m'ont remis en mémoire deux faits dans lesquels la septicémie a été évidente, et qui ont présenté du côté de la peau des symptômes que je n'avais pu m'expliquer avant la lecture du travail de M. Verneuil. »

Dans le premier, il s'agissait d'une femme de trente-huit ans, multipare, qui fut prise, trois semaines après ses couches, de rou-

geurs diffuses sur les membres inférieurs, d'abord du côté droit, puis du côté gauche.

Ces taches avaient l'aspect de l'érysipèle, mais ne présentaient pas de rebord saillant; point de glandes engorgées dans le voisinage. Elles s'accompagnaient d'empâtement œdémateux. Après avoir siégé durant quelques jours sur les extrémités inférieures, elles envahirent les bras, puis la tête. Là encore on ne pouvait constater ni induration des tissus, ni glandes engorgées, ni nodosités veineuses. La mort survint une quinzaine de jours après l'apparition de l'exanthème, au milieu des symptômes de l'état typhoïde.

L'autopsie ne fut pas pratiquée, et ne put démontrer l'existence de la pyohémie.

Cependant, M. Bonnard, s'appuyant sur les symptômes généraux, ajoute qu'il s'agissait ici, sinon d'une infection purulente, au moins d'une septicémie.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'une fille de huit ans qui depuis plusieurs jours portait au pied gauche une petite plaie de cause inconnue.

Le 17 octobre, l'enfant éprouve des douleurs dans les jambes et peut à peine marcher. Des symptômes généraux se déclarent. Le 21, les parents s'aperçoivent d'une poussée érythémateuse au visage et aux bras. Le 22, l'érythème s'étend au tronc et aux extrémités inférieures, les phénomènes généraux deviennent plus graves. Le 24, les joues offrent des rougeurs irrégulières sans caractère particulier. Il n'en est pas de même des plaques qu'on observe sur le corps, aussi bien sur les membres que sur le tronc, au nombre d'environ une vingtaine. Celles qui sont les plus récentes et qui se trouvent sur la poitrine mesurent environ un demi-pouce de diamètre. Elles sont toutes plus ou moins arrondies. Le milieu en est comme un peu soulevé et présente une coloration gris jaunâtre.

Cette plaque est séparée de la peau saine par un liséré d'une ligne de largeur environ, bien dessiné et d'un rouge vif.

La coloration s'en efface sous la pression du doigt pour reparaître bientôt après. Dans plusieurs plaques, le liséré ne forme que les deux tiers du cercle, et la partie ouverte de sa circonférence est constamment tournée vers la ligne médiane.

Sur les membres, où les plaques sont d'origine plus ancienne, la coloration gris jaunâtre intérieure a sensiblement passé à une teinte rosée, qui se détache cependant du liséré d'une manière très appréciable.

Dès le lendemain, un délire assez intense vient compliquer cet état déjà très grave.

Le 26, toutes les plaques ont disparu, mort le 30 au matin.

L'autopsie ne put être pratiquée.

« S'il ne peut être ici question de pyohémie franche, dit M. Bonnard, la phlébite paraît évidente, et elle a dû avoir sa source dans la résorption de matières putrides à la surface de la plaie du pied. »

L'auteur base son diagnostic sur la série des symptômes locaux qui se sont manifestés chez cette malade et que nous n'avons point à retracer ici.

Ces deux observations confirment les conclusions de M. Verneuil en ce qui concerne l'apparition des symptômes cutanés dans les affections imputables à la résorption putride et le pronostic de ces éruptions ; mais elles montrent, en revanche, que la mort peut survenir à une époque moins rapprochée que ne le dit le chirurgien de Lariboisière.

En Angleterre, dans ces dernières années, les éruptions cutanées ont été également signalées dans la pyohémie.

Braidwood, dans son *Traité de la pyohémie*, traduction d'Alling, 1869 (p. 102), à propos de la symptomatologie, consacre aux lésions qui se montrent du côté de la peau un article assez étendu :

« Dans quelques cas de pyohémie, dit-il, des phlyctènes et des taches de purpura se montrent dans le cours de la fièvre suppurative, et l'on peut trouver des pustules.

» H. Lee et Wilks ont décrit une éruption de pustules. Savory rapporte qu'il se développe quelquefois des vésicules miliaires sur la poitrine et les parties environnantes.

» On observe parfois une rougeur comme érythémateuse, qui commence au niveau de la plaie et s'étend ensuite de façon à comprendre tout un membre et tout un côté du tronc. Cette coloration ressemble beaucoup à celle de l'érythème ou de l'érysipèle. Après avoir présenté une teinte d'un rouge vif, elle pâlit peu à peu, et a généralement disparu le quatrième ou le cinquième jour.

» La rougeur de la peau qui survient dans la pyohémie, comme celle de l'érysipèle, est parfois suivie d'infiltration purulente sous-cutanée, qui peut être diffuse ou circonscrite et former alors des abcès profonds.

» Cette forme d'érythème se montre le troisième, le cinquième ou le septième jour après l'apparition du premier frisson.

» En même temps, les veines superficielles partant de la plaie

s'enflamment et forment des espèces de cordes. Si l'on considère que nous n'avons pas de preuves que cette forme d'éruption se propage par la contagion (comme dans l'érysipèle), qu'elle n'accompagne pas forcément la pyohémie et qu'elle s'accompagne d'une affection des veines superficielles, nous pouvons nous demander si elle n'est pas due à une gêne quelconque dans la circulation capillaire de la peau; et si, de même, les taches de purpura ne sont pas causées par des thromboses capillaires. »

A l'appui de ces considérations sur les altérations de la peau dans la pyohémie, Braidwood rapporte, au commencement de son livre, un certain nombre d'observations dans lesquelles on a pu constater l'existence de ces éruptions. Tous les malades qui les ont présentées sont morts.

A propos de ces exanthèmes pyohémiques, l'auteur cite le passage suivant de Callender : Il n'est pas rare, dit ce dernier, de voir des taches d'une coloration cendrée sur la peau, des éruptions de pustules ou une apparition subite de furoncles pendant le cours de la pyohémie. »

Braidwood semble rattacher les rougeurs érythémateuses à une gêne quelconque dans la circulation capillaire, les taches de purpura à des thromboses capillaires, mais non pas à la pyohémie, « attendu, dit-il, que cette maladie n'est pas forcément accompagnée par ces éruptions ». A cet argument, nous objecterons que, d'après l'auteur lui-même, les éruptions apparaissent toujours le troisième, le cinquième ou le septième jour après le premier frisson, c'est-à-dire alors que la pyohémie existe, et que jamais les éruptions n'ont précédé ce symptôme caractéristique.

En supposant que la gêne dans la circulation capillaire puisse expliquer les rougeurs érythémateuses voisines de la plaie et le purpura, elle ne saurait rendre compte des éruptions miliaires, des taches cendrées et des furoncles observés par Braidwood lui-même. L'altération du sang dans la pyohémie explique mieux ces derniers phénomènes.

Tel est, à notre connaissance, le bilan de la science sur ce sujet. Nous allons maintenant rapporter des observations inédites.

Obs. IV. — Au lit n° 16 de la salle Saint-Augustin, était couché un malade âgé de cinquante-neuf ans, souffrant depuis longtemps d'une affection chronique des voies urinaires (rétrécissement avec hématurie et néphrite chronique double). La maladie faisait des progrès rapides, et cet homme allait s'affaiblissant de jour en jour,

lorsque, le 23 janvier, il éprouva dans la région hypogastrique une douleur vive, s'irradiant dans tout l'abdomen, exaspérée par la moindre pression, et accompagnée de frissons violents ; décomposition des traits, nausées, vomissements ; pouls petit et fréquent, etc.

La mort arriva dans la soirée du 27 janvier.

Autopsie. — La vessie était le siège d'une ulcération ayant amené une perforation et une péritonite pelvienne. Cette complication avait hâté la mort, que l'infection urineuse aurait certainement amenée tôt ou tard.

Dès le 24 janvier, on constata sur le dos des mains l'existence de taches rouges diffuses, sans caractère distinct, et qu'on pouvait attribuer à la pression. La surface du corps ne présentait rien de remarquable.

Le 26, une éruption très nette apparaissait au niveau des hypochondres. De chaque côté du tronc et symétriquement on apercevait une vingtaine d'anneaux circinés, d'un diamètre variant entre 5 ou 6 millimètres et 2 ou 3 centimètres.

Quelques-uns de ces anneaux étaient complètement fermés, d'autres représentaient les 2/3, les 3/4 ou les 4/5 d'un cercle très régulier. Chaque anneau était d'un rouge vif, large de $0^{m},02$ environ, faisant une saillie à peine appréciable, et disparaissant sous la plus légère pression. Par leur couleur vive, ces anneaux tranchaient nettement sur la peau inscrite ou périphérique, laquelle était pâle comme le reste du corps. Point de démangeaisons.

Cette éruption érythémateuse disparut dans la matinée du 27 janvier, peu d'heures avant la mort.

Obs. V. — *Anthrax de la lèvre. — Éruption cutanée. — Mort prompte.*

(Recueillie par M. Verneuil chez une malade de la ville).

Mme X..., trente-cinq ans, d'une constitution robuste et d'un embonpoint notable, a éprouvé, dans ces derniers temps, de grandes fatigues et des émotions pénibles.

Le 7 mai, elle voit apparaître sur le bord libre de la lèvre inférieure, près de la commissure gauche, deux petits boutons qui sont le siège de fortes démangeaisons et d'une vive cuisson.

Le 8 et le 9 mai, le gonflement périphérique augmente et l'anthrax se montre avec tous ses caractères. En même temps on observe un gonflement et une induration de toute la joue gauche, de l'angle de la mâchoire et de la région sus-hyoïdienne.

A ces signes locaux s'ajoutent des symptômes généraux graves :

fièvre intense, céphalalgie, insomnie, nausées, embarras gastrique, etc.

10 mai. Angine très vive à gauche.

Dans la matinée du 11 mai, M. Verneuil est appelé, il pratique des incisions multiples sur la région sus-hyoïdienne. Dans l'après-midi, nouvelles incisions sur la lèvre et sur le menton. Lavement purgatif; potion cordiale. Le soir, léger arrêt dans les symptômes locaux, l'état général est toujours aussi mauvais.

Vers neuf ou dix heures, la malade accuse de vives démangeaisons suivie bientôt de l'apparition sur les deux avant-bras, les épaules, la poitrine et les deux jambes d'une éruption très confluente d'urticaire. Cette éruption une fois développée, le prurit cesse aussitôt.

12 mai au matin. L'éruption est encore apparente, mais peu saillante; en plusieurs points les boutons d'urticaire sont remplacés par des rougeurs diffuses ayant la forme circinée.

On apprend que la malade a eu déjà, à plusieurs reprises, des éruptions d'urticaire. Analyse de l'urine : urates très abondants, ni albumine ni sucre.

Badigeonnages iodés très larges sur la face et le cou. Purgatif salin. Cataplasmes sinapisés sur les parties inférieures; le soir 1 gr. de sulfate de quinine.

La malade tombe dans le coma, pouls petit, précipité, la face a beaucoup dégonflé, la lèvre et la joue seules restent volumineuses et indurées. M. Verneuil applique dix à douze pointes de feu au niveau de la tumeur. La malade perçoit à peine la douleur, elle revient cependant peu à peu à elle, mais retombe dans le délire suivi de coma. La mort arrive vers neuf heures du soir. L'autopsie ne put être pratiquée[1].

Cette observation confirme les opinions de M. Verneuil sur l'extrême gravité des anthrax des lèvres. Nous assistions récemment à un examen, et nous entendions M. Broca, sinon contester cette gravité, mais du moins dire qu'elle avait été exagérée et que, sans

1. Malgré l'absence d'autopsie, je crois néanmoins que cette malade fut atteinte de pyohémie, car le jour où je la vis elle se plaignit à droite d'un point de côté, et en glissant la main sous le rebord des fausses côtes, on provoquait des cris douloureux. La douleur ne pouvait être causée par une pleurésie, car à l'auscultation on ne trouvait rien, si ce n'est une légère diminution du bruit respiratoire que la douleur seule suffisait à expliquer. Il y avait probablement quelque abcès métastatique et peut-être un peu de périhépatite. — A. V.

doute, M. Verneuil avait rencontré une série néfaste. Il serait bien important que de nouveaux faits puissent établir la proportion des cas mortels et des cas guéris pour savoir lequel de nos deux maîtres s'approche le plus de la vérité [1].

Une observation rapportée dans le livre de Follin (t. II, p. 27) et empruntée au *Schmidt's Jahrbucher*, a beaucoup d'analogie avec la précédente; c'est pourquoi nous la reproduisons.

Obs. VI. — Un étudiant en droit, âgé de vingt et un ans, qui crachait souvent du sang, fut dernièrement atteint de furoncles sur diverses parties du corps. Il s'en était développé un assez considérable, il y a un mois, à la paupière supérieure droite; un autre se manifesta sur la lèvre supérieure au-dessous de la cloison du nez dix jours avant l'entrée du malade à l'hôpital. Ce furoncle s'ouvrit au bout de quatre jours; mais le malade fut pris en même temps de frissons, de douleurs dans la poitrine et de chaleur à la tête. Il toussa et cracha du sang. La tuméfaction périfuronculeuse s'étendit au côté gauche de la face jusqu'à l'œil.

La paupière supérieure couvrait complètement le globe oculaire, et laissait couler, lorsqu'on la soulevait, une sécrétion assez abondante. L'œil était tendu et proéminent. Grande soif; pouls 120; perte de connaissance.

Éruption d'urticaire sur les extrémités inférieures et les fesses.

Le malade succomba le lendemain de son entrée à l'hôpital. Les urines contenaient de l'albumine et du sucre. L'autopsie faite avec soin, donna les résultats suivants :

On trouva au côté gauche de la lèvre supérieure une cavité d'abcès de la grandeur d'une petite noix, remplie de pus; de cet abcès partait une branche de la veine faciale antérieure, qui s'étendait

1. Je conserve entière mon opinion sur l'extrême gravité de l'anthrax des lèvres et je crois avoir de mon côté la grande majorité des chirurgiens. En revanche, je suis heureux de voir que l'art est aujourd'hui infiniment plus puissant qu'à l'époque où M. Tremblez écrivait son premier travail.

En attaquant aussi tôt que possible et avec l'énergie suffisante l'anthrax des lèvres avec la cautérisation interstitielle à l'aide du thermocautère, et les injections sous-cutanées périphériques avec les solutions phéniquées à 2 p. 100, on peut arrêter le mal et obtenir la guérison, au prix de quelques cicatrices qui ne sont pas trop apparentes.

Dans ces dernières années, j'ai vu trois cas sérieux d'anthrax des lèvres; j'ai sauvé deux malades à l'hôpital de la Pitié, j'ai perdu le troisième; c'était un jeune étudiant valaque auprès duquel j'ai été appelé très tardivement. — A. V. 1884.

vers l'angle interne de l'œil en longeant le nez; elle contenait surtout un pus liquide, et s'anastomosait avec la veine ophthalmique, qui était remplie d'un liquide épais de couleur chocolat. Cette dernière veine était dilatée, ramollie, dépourvue à sa surface interne de son poli normal. Les parois en étaient épaissies et adhéraient fortement aux tissus ambiants. Le sinus caverneux gauche, dans lequel s'abouche la veine ophthalmique, contenait le même liquide, et présentait le même aspect à l'intérieur. Le sinus caverneux droit était le siège des mêmes lésions communiquées par le sinus circulaire de la selle turcique.

Les membranes du cerveau et le cerveau même ne présentaient aucune exsudation séreuse ou purulente; il n'y avait dans aucun organe d'abcès métastatique. Les poumons contenaient des tubercules à un degré avancé. Le liquide couleur chocolat examiné au microscope renfermait en abondance des globules rouges mêlés à d'autres corpuscules qui se comportaient par l'acide acétique comme des globules de pus.

Follin interprète de la manière suivante les causes de la mort.

« Quel qu'ait été l'état antérieur du malade, dit-il, diabétique ou autre, il n'est guère possible de voir là autre chose qu'un furoncle qui a donné lieu à une phlébite dont la propagation au système veineux cérébral a été la cause de la mort si prompte. »

Il est à peine nécessaire de faire ressortir l'analogie extrême de ces deux observations. Dans le premier cas, un anthrax; dans le second, une éruption furonculeuse : même siège, la face; même forme d'éruption, l'urticaire; même terminaison rapide par la mort.

Obs. VII. — (Recueillie par M. Ch. Monod, interne des hôpitaux, dans le service de M. Broca.)

Jacques Lefort, soixante-quinze ans, ancien maquignon, entre à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 56, le 8 janvier 1870, pour une fracture du col du fémur droit sans complications. Maintenu au repos au lit, sans appareil, pendant deux mois et demi, il se lève pour la première fois le 27 mars.

Trois jours plus tard, il est obligé de reprendre le lit, il tousse et se plaint d'oppression. On diagnostique une pneumonie hypostatique : peau chaude, pouls petit et fréquent, inappétence; le malade s'affaiblit rapidement.

Le 5 avril, on constate sur les membres et sur le tronc une éruption peu confluente, formée de taches disposées en cercles rouges;

au centre la peau garde sa coloration normale. Ces taches disparaissent sous la pression du doigt et ne sont le siège d'aucune démangeaison. Le lendemain cette éruption avait disparu.

Le surlendemain, 7 avril, le malade meurt sans avoir présenté d'autre symptôme remarquable.

Autopsie le 9 avril. — Fracture du col du fémur extra et intra-capsulaire presque entièrement consolidée ; à la coupe le tissu osseux ne présente aucune trace de suppuration.

Les deux poumons sont, au niveau du lobe inférieur, le siège d'une congestion intense. A droite, plusieurs abcès offrant les caractères des abcès métastatiques.

Cette observation, fort curieuse d'ailleurs, diffère beaucoup des précédentes. A la suite d'une lésion traumatique à peu près guérie et impropre par son siège sous-cutané et sa nature à engendrer la septicémie et la pyohémie, on voit, sans cause connue, éclater les symptômes d'une pneumonie sénile.

La mort survient au huitième jour, elle est précédée d'une éruption fugace présentant les caractères d'un exanthème circiné fort analogue à celui qui accompagnait les maladies infectieuses dans les autres observations.

L'autopsie montre dans le poumon, non point les lésions de la pneumonie ordinaire, mais les collections circonscrites multiples qui caractérisent la pyohémie.

Il est à regretter qu'on n'ait examiné ni l'état des veines au voisinage de la fracture, ni l'état du sang ; dans la veine cave inférieure, dans les cavités droites du cœur et dans l'artère pulmonaire, peut-être aurait-on découvert quelques embolies.

Quoi qu'il en soit de ces lacunes, nous relatons ce fait comme un nouvel exemple de coïncidence entre un exanthème passager, une mort prompte avec des symptômes adynamiques et des lésions semblables à celles de la pyohémie.

La mort par le poumon est chose commune chez les vieillards atteints de fracture du fémur ; il sera bon d'examiner la peau dans ces cas. L'apparition d'éruptions cutanées devrait faire songer à la pyohémie sans septicémie antérieure.

Nous résumerons, dans les quelques propositions suivantes, les faits exposés dans la deuxième partie de ce travail :

1° La peau, dans le cours des maladies septicémiques, présente

assez souvent des éruptions diverses, tantôt limitées à certaines régions, tantôt généralisées et occupant indistinctement toutes les parties du corps.

2° Les formes principales observées jusqu'à ce jour appartiennent à la classe des exanthèmes; on a rencontré l'érythème simple, l'érythème circiné, l'érythème papuleux, le zona, l'urticaire, une éruption simulant le psoriasis aigu et se montrant aux coudes, aux genoux, lieux d'élection ordinaires de cette dermatose. On a vu encore le purpura et des taches bleues analogues à celles des fièvres typhoïdes.

3° La marche de l'éruption est variable. Tantôt elle apparaît plus ou moins près du début de la maladie septicémique; tantôt, et c'est le cas le plus commun, elle se montre dans la période ultime, un jour ou deux avant la mort; d'ordinaire elle disparaît entièrement aux approches de la terminaison funeste.

4° Les maladies septicémiques qui paraissent les engendrer le plus communément sont : la pyohémie, l'intoxication urineuse, l'anthrax et le furoncle, la péritonite, l'infection putride ou septicémie chronique. L'altération du sang, évidente dans tous ces cas, est vraisemblablement la cause des manifestations cutanées, mais la pathogénie et le mécanisme de ces dernières, sont encore à trouver; nous ignorons s'il s'agit d'embolies capillaires, de congestions ou de simples lésions vasculaires.

5° Le diagnostic de ces éruptions est facile quant à la forme, et le plus souvent quant à la cause, les maladies septicémiques énoncées plus haut étant en général aisées à reconnaître. Si, néanmoins, la nature des accidents généraux était obscure, l'apparition des exanthèmes rendrait probable l'existence de la pyohémie.

6° La signification pronostique indiquée par M. Verneuil, d'après un petit nombre de faits, est confirmée par les nouvelles observations et l'on peut dire encore que l'éruption cutanée dans les maladies septicémiques est l'avant-coureur ou l'indice d'une mort prochaine.

Voici un dernier fait dont nous rapporterons seulement les traits principaux.

Obs. VIII[1]. — Homme de quarante-sept ans, constitution forte, bonne santé antérieure, légère anémie depuis quelques mois, phimosis congénital; épithélioma du gland, incomplètement extirpé au

1. Cette observation a déjà été reproduite dans tous ses détails in *Mémoires de chirurgie*, t. II., p. 181.

mois de mai 1869; aggravation considérable du mal; amputation de la verge à sa racine à l'aide du galvanocautère.

La nuit suivante, violent frisson suivi de chaleur et de sueur; lymphangite et adénite inguinale à droite, symptômes généraux graves, pyohémie confirmée, hémorrhagies multiples.

Le douzième jour, éruption pustuleuse varioliforme, sans ombilic, occupant les membres inférieurs et les avant-bras.

Mort vingt-quatre heures après l'apparition des pustules.

A l'*autopsie :* phlébite suppurée des corps caverneux; collection purulente dans le canal inguinal; lymphangite suppurée du cordon; phlébite des veines testiculaires; abcès métastatiques dans les poumons et le foie.

Les pustules sont très superficielles, elles siègent entre la couche condensée de l'épiderme et le derme, qui n'est point altéré à leur niveau.

APPENDICE

Entre le précédent mémoire et la thèse de M. Tremblez, plusieurs travaux relatifs aux éruptions cutanées chirurgicales ont été publiées.

En 1872, M. Bristowe observait un cas de pyohémie avec éruption pustuleuse, consécutive à un phlegmon du côté droit de la paroi thoracique (*The Lancet*, 1872, t. II, p. 775).

Il s'agissait d'un homme de vingt-neuf ans, entré le 16 juillet, pour une tuméfaction dure, d'un rouge brun, du côté droit, sous l'aisselle, datant de quinze jours, paraissant résulter d'un effort; elle était très douloureuse, mais ne présentait pas de saillie indiquant un abcès. Le 26, on trouve deux points de suppuration, et on incise largement. Les jours suivants, apparition et incision d'autres abcès à la cuisse droite, au mollet gauche, et sur le tibia du même côté. Température entre 40 et 41°, pas de frissons, mais sueurs.

Le 29, température 41°, pouls 140, peau sèche et chaude; nombreuses taches enflammées, disséminées sur toute la surface du corps, ressemblant en quelques points aux taches lenticulaires de la fièvre typhoïde; sphacèle de la paroi thoracique.

Le 30, pustules nombreuses et distinctes sur la surface du corps; quelques-unes ressemblent à celles de la variole; larges incisions dans l'eschare. Mort le 1er août, en pleine connaissance.

Autopsie. — Peau couverte de pustules, très abondantes à la face et au crâne, et plus sur les membres que sur le tronc; absence à la paume des mains et à la plante des pieds. Quelques pustules avaient les dimensions de celles de la variole, mais la majorité étaient trois ou quatre fois plus larges et de forme très irrégulière; la plupart étaient entourées d'une injection vasculaire. Le contenu des unes était jaune et des autres sanguinolent, ou même entièrement noir; chez les unes il était liquide, chez les autres épais et pâteux; quelques-unes avaient une surface hémorrhagique. L'épiderme soulevé formait chez toutes une cavité simple, non divisée en plusieurs parties. Pas d'ulcération, sauf à la face; à la lèvre supérieure

et à l'aile gauche du nez, suppuration profonde avec perte de substance intéressant le tissu cellulaire sous-cutané dans une étendue considérable. Infiltration purulente depuis la clavicule jusqu'à la dernière côte à droite, sans nécrose; pas de perforation de la plèvre; thrombose de la veine axillaire sous le grand pectoral. Abcès métastatiques dans les deux poumons. Aucune altération des autres viscères.

M. Reynes, qui a soutenu à Montpellier, en 1873, une bonne thèse sur *les éruptions cutanées après les opérations et dans le cours des septicémies chirurgicales*, en distingue deux espèces : « Les unes, consécutives à l'opération, et qu'on peut appeler *traumatiques*, coïncident avec le début de la fièvre inflammatoire ou secondaire, et sont en général bénignes, n'ayant pas d'autre inconvénient que le retard apporté à la cicatrisation; les autres, d'origine *septicémique*, apparaissent quand la pyohémie est confirmée, dans la période ultime, et peu de jours avant la mort. Toutes cependant reconnaissent comme cause un état infectieux du sang, la fièvre traumatique n'étant que le premier degré de l'infection septicémique. »

Outre les faits contenus dans ma note de 1868 et dans celle de Tremblez, cette thèse renferme quatre observations nouvelles dont trois ont été recueillies dans le service de M. Gayet, et une dans celui de M. Ollier, à Lyon.

Peu de temps après M. Bertrand (voir plus haut, p. 395 et 397), M. Picaud, élève de mon ami le professeur Duplay, soutenait également sous ma présidence, le 28 mai 1875, une thèse ayant pour titre : *Les éruptions cutanées consécutives aux lésions traumatiques.*

L'auteur, après avoir examiné les travaux et observations venus à sa connaissance, émet les propositions suivantes (p. 40).

A. Il existe des éruptions consécutives aux différentes variétés de lésions traumatiques.

B. Toutes ne relèvent pas directement du traumatisme; quelques unes dépendent soit du siége de la plaie, soit de la constitution congénitale ou acquise du blessé.

C. Elles n'affectent pas toutes la même forme et peuvent être divisées au point de vue de leurs causes en :

1° Éruptions dues à des lésions du système nerveux : bulles, vésicules, pustules;

2° Éruptions produites par action réflexe : herpès, urticaire, roséole ;

3° Éruptions dues à une altération du sang, avec ou sans pyohémie.

Enfin, M. Picaud résume sa thèse dans un dernier chapitre intitulé : *Valeur séméiologique des éruptions consécutives aux lésions traumatiques*, chapitre dont voici la substance :

Les éruptions cutanées consécutives aux lésions traumatiques offrent des caractères différents suivant qu'elles dépendent d'une lésion du système nerveux ou d'une altération du sang.

Les éruptions d'origine nerveuse directe se montrent en général assez tardivement. On les observe deux ou plusieurs semaines, quelquefois même plusieurs mois après la blessure.

Les éruptions par action réflexe, telles que l'herpès à distance et l'urticaire, apparaissent bien plus vite. Le premier survient rarement après une ou deux semaines. L'urticaire apparaît bien plus rapidement encore, puisque d'après les quatorze cas contenus dans la thèse de Feytaud elle ne se montre pas après le troisième jour. La plupart du temps, elle survient de cinq ou dix minutes à trois ou quatre heures après le traumatisme.

Les éruptions par action réflexe pourraient être appelées primitives et les éruptions par lésion nerveuse directe secondaires.

Dans les cas où la plaie intéresse un nerf, l'éruption bien limitée siège à la périphérie de la plaie ou sur le trajet du nerf.

Dans les éruptions par action réflexe, les vésicules ou les papules se montrent dans une région quelconque de la surface du corps.

L'urticaire survient surtout à la suite de piqûres ou de blessures très légères ; les autres éruptions résultent presque toujours de contusions ou de traumas assez étendus.

Dans l'urticaire, on n'observe pas, comme dans l'herpès, les phénomènes douloureux et les altérations de la membrane granuleuse. La manifestation hypéresthésique est la démangeaison.

Les affections cutanées dont la cause réside dans le système nerveux, ont des caractères communs.

Rarement elles apparaissent sans prodromes ; toutefois l'urticaire et la roséole font souvent exception. Après un temps plus ou moins long le blessé est pris d'une fièvre d'intensité variable.

Quand cela arrive peu de temps après le trauma, comme en cas d'urticaire ou d'herpès à distance, on pourrait croire à une fièvre

traumatique ou à une pyohémie commençante, si on ne tenait pas compte des modifications de la membrane granuleuse.

Avec la fièvre, qui d'ailleurs peut faire défaut ou paraître en même temps que l'éruption, se produisent des troubles dans les différents systèmes. Du côté du tube digestif, inappétence, anorexie, langue blanche et sale comme dans l'embarras gastrique; dans certains cas, vomissements et constriction épigastrique.

Comme troubles nerveux, l'excitation et le délire sont relativement rares, mais presque toujours des névralgies plus ou moins violentes et étendues se montrent parfois loin de la plaie et dans les régions qui ne sont pas occupées par l'éruption. Parfois aussi, au lieu de névralgies ou en même temps qu'elles, les contractures, les spasmes, les tremblements involontaires, les tressaillements musculaires, les soubresauts de tendons, etc.

Du côté de la plaie existent des signes d'une grande valeur.

Toute sa surface devient souvent le siège de douleurs très vives, lancinantes, continues, ou se montrant seulement par intervalles. Cette hyperesthésie est parfois telle que le malade ne peut même supporter le contact des plus légères pièces de pansement. Dans certains cas, elle est accrue par le froid et l'immersion dans l'eau; dans d'autres, au contraire, la chaleur augmente les sensations douloureuses et le froid les calme.

La membrane granuleuse subit des modifications diverses.

Certains bourgeons charnus sont fortement hyperémiés, tuméfiés, et font saillie sur les bourgeons voisins qui ont conservé leur apparence normale; puis on peut voir à côté de ceux-ci des ulcérations taillées comme à l'emporte-pièce. On observe encore des taches ecchymotiques et des plaques pseudo-membraneuses.

Très souvent la membrane granuleuse offre une coloration d'un rouge violacé ou bleuâtre, due à des ecchymoses siégeant dans son épaisseur même. La présence de ces taches caractéristiques permet de diagnostiquer d'avance une éruption herpétique.

Quelquefois la rougeur non limitée aux bourgeons charnus s'étend à la périphérie de la plaie, accompagnée d'un gonflement particulier donnant à la partie malade un aspect luisant sur lequel Weir Mitchell a déjà appelé l'attention.

Les pseudo-membranes étalées sur la couche granuleuse y forment des plaques plus ou moins épaisses, larges, blanches et adhérentes ; elles donnent à la plaie un aspect diphthéritique.

Entre ces points diversement altérés on peut trouver des espaces où la membrane granuleuse a conservé sa teinte normale.

A tous ces signes prodromiques il convient enfin d'ajouter la suppression ou la diminution de la suppuration.

Les symptômes du début durent plus ou moins longtemps, mais quand apparaissent les taches ecchymotiques et les plaques d'exsudation, l'éruption se montre d'ordinaire de douze à quarante-heures après, puis elle évolue, quel que soit son siège, de la même manière qu'une éruption idiopathique. Les vésicules d'herpès se dessèchent. L'urticaire conserve la bizarrerie de son allure.

Quelquefois, dès que l'éruption surgit tous les symptômes généraux et locaux disparaissent et la plaie reprend un bon aspect. D'autres fois, les troubles persistent et ne commencent à s'amender que lorsque les vésicules vont sécher. Les névralgies durent, dans quelques cas, même après la disparition complète de l'exanthème.

Le plus souvent, une fois l'éruption guérie, tout est fini; elle peut cependant revenir tous les huit ou quinze jours pendant un temps assez long.

L'herpès peut coïncider avec un érysipèle, et le développement simultané de ces deux éruptions semble produire la variété connue sous le nom d'érysipèle phlycténoïde.

Les muqueuses sont quelquefois prises pendant les poussées d'urticaire.

Généralement, toutes ces éruptions se terminent favorablement; la plaie se remet à bourgeonner; la suppuration se rétablit et le malade marche de nouveau vers la guérison. Dans la majorité des cas, le pronostic est sans la moindre gravité.

De rares exceptions sont fournies par les éruptions bulleuses suivies d'ulcérations très tenaces qui peuvent disparaître d'un côté pour se montrer d'un autre.

C'est la persistance de la lésion nerveuse qui rend compte de cette ténacité des autres troubles trophiques concomitants, tels que les altérations des ongles, les ulcérations de leur matrice, etc.

Les éruptions produites par une altération du sang ont à peu près toutes les mêmes caractères. Presque toujours, en effet, ce sont des éruptions scarlatiniformes, qu'il y ait ou non pyohémie. D'ordinaire l'éruption commence par une rougeur érythémateuse au pourtour de la plaie, et se propage ensuite plus ou moins rapidement. Elle peut même devenir générale. Souvent, en même temps que des papules, on trouve des sudamina, des vésicules, des pustules, voire même des phlyctènes.

Quelques symptômes permettront de distinguer les unes des autres les diverses éruptions dyscrasiques.

Les éruptions non pyohémiques se montrent rapidement sans signe précurseur. Jamais elles ne sont précédées de frissons ni de sueurs. Il n'y a, avant leur apparition et pendant leur évolution, point de mouvement fébrile notable; à peine si, dans quelques cas, on trouve une légère élévation de température ou une sensation de froid limitée à quelque partie du corps.

La marche et la terminaison de ces éruptions non pyohémiques n'ont rien de particulier; presque toujours le malade guérit.

Quelquefois cependant, une infection purulente peut se développer alors que l'éruption pâlit.

Les éruptions franchement pyohémiques ne se montrent jamais sans avoir été précédées d'un frisson bien caractérisé. Elles sont toujours aussi précédées par un mouvement fébrile intense et prolongé, en un mot par tous les signes de l'infection purulente. La suppuration est supprimée ou diminuée. Leur pronostic est très grave; elles sont l'indice du plus terrible des accidents que les blessés aient à redouter, c'est-à-dire l'infection purulente.

C'est alors que fut publiée la thèse de M. J. Tremblez, que nous allons reproduire en la condensant un peu.

DES ÉRUPTIONS CUTANÉES

SURVENANT DANS LE COURS DES AFFECTIONS CHIRURGICALES

Par M. J. TREMBLEZ [1],

Les observations que j'ai publiées en 1869, avaient pour but de démontrer l'extrême gravité des affections chirurgicales dans lesquelles apparaissent des éruptions cutanées [2].

Elles étaient, d'ailleurs, trop peu nombreuses pour que l'on pût en tirer des indications précises sur le pronostic de ces affections; aussi me proposais-je de continuer cette étude. Depuis, les faits se sont multipliés; on a tenu d'autre part un compte plus exact des éruptions elles-mêmes et des phénomènes qui leur ont succédé, et l'on a pu établir que, dans la plupart des cas, les choses se passaient d'une manière extrêmement bénigne. Aussi nous a-t-il paru intéressant de comparer nos premières observations avec celles qui ont été publiées depuis et avec d'autres qui sont encore inédites, pour montrer que l'on peut faire de ces éruptions plusieurs groupes tout à fait différents au point de vue de leur pathogénie et de la gravité des opérations chirurgicales à la suite desquelles elles apparaissent.

Aux travaux que nous avons signalés dans notre première étude, nous ajouterons les suivants.

M. Peter pense que les éruptions scarlatiniformes, érythémateuses, ortiées et pemphygoïdes, dont parle M. Sée, sont analogues à celles qu'a décrites Borsieri : « Il n'est pas rare, dit ce dernier, de voir apparaître dans cette maladie, surtout lorsqu'elle sévit sous forme épidémique, une rougeur comme érysipélateuse autour du

1. Th. de dectorat, Paris, 1876.
2. Voir plus haut, p. 412.

cou, sur la poitrine et les bras, associée parfois à des papules d'apparence morbilleuse et à un exanthème miliaire. »

Si nous en croyons notre propre observation, ajoute M. Peter, nous dirons qu'elles sont assez rares dans la diphthérie maligne, et que, par conséquent, elles n'ont rien de caractéristique (Peter, *Dict. encycl. des sciences médicales*, 1re série, t. V, p. 36).

En 1864, sir James Paget publiait, sur la fièvre scarlatine après les les opérations, un article important qui a été le point de départ de nombreux travaux sur le même sujet [1].

Nous ne nous étendrons pas sur les éruptions qui surviennent pendant l'état puerpéral; nous renvoyons nos lecteurs au chapitre écrit sur ce sujet par M. Hervieux, dans son livre intitulé *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales*, 1870, p. 1070. (On a déjà vu plus haut, page 341, l'indication d'autres travaux sur le même sujet.)

Nous citerons ensuite une note du Dr Puel, relative à un fait observé sur lui-même (éruption d'urticaire après l'opération d'un phimosis congénital); la thèse de M. Picaud, Paris, 1875 et trois intéressants mémoires de M. Verneuil (*De l'herpès traumatique* (voir plus haut p. 375); *Des névralgies traumatiques précoces* (voir *Mém. de chir., t. III, p.* 510); *Du rhumatisme dans ses rapports avec les lésions traumatiques* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1876).

Nous gardons une place particulière dans cet historique pour les éruptions d'urticaire consécutives à la ponction des kystes hydatiques du foie, sujet qui a attiré l'attention dans ces dernières années. Finsen, dont le travail a été traduit en français (*Arch. de médecine*, 1869, 6e sér., t. XIII, p. 23), a insisté sur la fréquence de cette complication, démontrée depuis par les observations de MM. Dieulafoy (*Traité de l'aspiration des liquides morbides*, 1873, p. 62); Ferrand (*Soc. médicale des hôpitaux*, 1874, p. 183); Feytaud (*Thèse de Paris*, 1875); Bussard (*Gaz. des hôpitaux*, 1875, p. 740); Raynaud, Verneuil, etc. (*Soc. anat.*, 1875 et plus loin, page 444); Archambaud (*Union médicale*, 1876, 3e s. t. XXI, p. 114); Laveran (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1876, p. 88), etc.

CARACTÈRES DES ÉRUPTIONS; LEUR NATURE ET LEUR PATHOGÉNIE

Les éruptions observées, sans tenir compte pour le moment de

1. *British med. journ.*, 1864, t. II, p. 237. — Voir plus haut, page 335.

leur valeur pronostique, ont été si nombreuses, que presque toutes les affections de la peau y ont été représentées.

Nous voyons, en effet, dans nos observations, la scarlatine, la rougeole, une éruption pustuleuse varioliforme, l'urticaire, l'ecthyma, le psoriasis, le zona, l'eczéma, l'herpès, l'érythème papuleux ou non, le prurigo, l'impétigo.

Scarlatine. — (Voir, pour ce chapitre, ce que M. Dunoyer a dit dans sa thèse, plus haut, page 334.)

Rougeole. — Cette fièvre exanthématique n'a pas été observée souvent. Paget et son annotateur M. Howard Marsh ne l'ont pas rencontrée. Nous-même nous n'en connaissons que deux exemples, consécutifs tous deux à des blessures compliquées de tétanos (Voir plus haut d'autres cas, page 348).

Obs. I. — *Plaie des parties molles de la cuisse. — Tétanos. — Rougeole*[1]. — Pas de tendance à la guérison pendant cette dernière.

Obs. II. — *Plaie du genou. — Arthrite suppurée. — Tétanos. — Amputation de la cuisse; au neuvième jour, apparition d'un rash rubéolique. — Guérison*[2]. — Pas d'influence de la rougeole sur la cicatrisation.

Variole. — Cet exanthème est encore plus rare; nous n'en avons vu qu'un cas, et encore n'est-il pas des plus probants, la mort étant survenue peu de temps après son apparition.

Obs. III. — *Amputation de la verge. — Pyohémie. — Éruption varioliforme. — Mort.* (Voir plus haut, page 430.)

Urticaire. — Indépendamment de l'urticaire qui se manifeste à la suite des ponctions de kystes hydatiques du foie, on a observé des

1. Schinzinger, *Op. cit.*, p. 31 et 34, et plus haut, p. 349. — La plupart des observations de la thèse de M Tremblez se trouvent déjà citées dans la thèse de M. Dunoyer, reproduite plus haut, dans notre mémoire de 1868, et dans le premier travail de M. Tremblez sur les éruptions chirurgicales (p. 412). — Nous n'en donnons ici que le titre, pour ne pas faire double emploi.

2. Spence, d'Edimbourg, *The Lancet*, 22 avril 1876, p. 602. — Cette observation et la précédente ont été rapportées déjà plus haut (page 348), comme exemples de rougeole intercurrente à un traumatisme. — On peut aussi, comme l'a fait M. Tremblez, les considérer comme des éruptions chirurgicales.

éruptions de même nature à la suite de différents traumatismes. Mais les hypothèses faites pour en expliquer l'invasion sont loin d'être satisfaisantes.

Voyons d'abord comment on explique l'apparition de l'urticaire à la suite des ponctions des kystes hydatiques.

Finsen avait admis que l'urticaire était due à la pénétration du contenu des kystes dans la cavité péritonéale. Il avait démontré qu'on avait observé cette éruption dans des cas où l'autopsie permettait de constater la présence du liquide kystique dans la cavité séreuse.

M. Feytaud et M. Laveran ont soutenu la même opinion. Mais M. Labbé, à la suite de la communication de M. Laveran[1], a cité un fait dans lequel l'urticaire s'était montrée plusieurs jours avant la ponction. Faisant la critique de ces divers travaux, M. Lereboullet fait remarquer que l'urticaire qui complique les maladies de l'appareil gastro-hépatique, ou l'ictère par rétention, est très fréquent, qu'il y a de nombreuses observations d'urticaire dans lesquelles il est impossible d'admettre une irritation quelconque des nerfs splanchniques, et conclut qu'il serait imprudent de vouloir dès aujourd'hui édifier une théorie pathogénique définitive.

L'urticaire a été encore observé dans d'autres circonstances, avons-nous dit; mais ici nous remettons à plus tard l'interprétation des faits suivants :

Obs. IV. — *Anthrax de la lèvre. — Éruption cutanée. — Mort prompte.* (Voir plus haut page 426.)

Obs. V. — *Furoncles multiples. Urticaire. — Mort.* (Voir p. 427.)

Obs. VI. — Étant étudiant en médecine en 1861, à Paris, je fus opéré d'un phimosis congénital par M. Léon Lefort. On eut recours au chloroforme, qui m'inspirait les craintes les plus vives, un vraie terreur. L'anesthésie fut laborieusement obtenue, mais fut du moins complète, puisque, à mon réveil, l'opération était terminée sans que j'en aie eu conscience. L'opération fut pratiquée à neuf heures, et vers midi le même jour, j'étais couvert d'une éruption d'urticaire bien caractérisée. Cette éruption avait totalement disparu vingt-quatre heures après. Le tout se passa sans troubles généraux.

1. *Soc. méd. des hôpitaux*, séance du 14 avril 1876, p. 88 et suivantes.

La lecture des premières observations de M. Tremblez m'a remis en mémoire ce fait, auquel j'étais loin d'attribuer une importance quelconque. Jusqu'à ce jour j'avais considéré cette éruption d'urticaire comme la conséquence de la situation morale qui m'était faite par la terreur que m'inspirait l'anesthésie.

Je crois même que M. Lefort, témoin de ce léger accident, le rapporta à cette cause ; mais je ne puis l'affirmer, ces souvenirs étant déjà un peu loin de ma mémoire [1].

Obs. VII. — Homme de trente-huit ans, petit ulcère variqueux. Tétanos subaigu, éruption d'urticaire au sixième jour du tétanos, durant vingt-quatre heures, et coïncidant avec l'apparition d'une rétention d'urine qui persiste encore vingt-quatre heures. Guérison au bout d'un mois. Pas d'élévation de température au moment de l'éruption. (Richelot, *Du Tétanos*, thèse d'agrégation, 1875, p. 136.)

Obs. VIII. — *Anthrax de la lèvre inférieure. — Éruption septicémique (urticaire* [2]).

M. Tremblez remarque à propos de ce fait que c'est une de ces éruptions septicémiques qu'il faut bien se garder de confondre avec un rappel de diathèse, car le pronostic en est tout différent. Quand les éruptions septicémiques se montrent, dans le plus grand nombre de cas, en vingt-quatre heures le malade succombe.

[On trouve une observation analogue et pour laquelle il faut faire la même distinction au point de vue du pronostic, dans les bulletins de la Société anatomique, 1875, p. 759. Cette observation, omise dans la thèse de M. Tremblez, nous semble devoir trouver sa place ici, ainsi que la discussion à laquelle elle a donné lieu.]

Ostéo-myélite spontanée du fémur. — Infection purulente. — Éruption septicémique (urticaire). — Mort. — Par M. Martinet, interne des hôpitaux [3].

M..., seize ans, d'une bonne constitution, entré le jeudi 20 oc-

1. Lettre du Dr Puel au rédacteur en chef de la *Gaz. hebdom.*, 1870, p. 569.

2. Cette observation fait double emploi avec l'observation IV. Rédigée avec des notes prises à une autre source, elle renferme quelques erreurs de date et des détails différents qui ont fait croire à M. Tremblez que c'était une observation nouvelle.

3. Cette observation a déjà été reproduite dans le tome II de ces *Mémoires*, p. 192. Nous en donnons seulement ici les principaux détails.

tobre 1875 à la Pitié, pour une ostéo-myélite du fémur gauche consécutive à un refroidissement.

Epistaxis, facies typhique, langue sèche, respiration haletante ; temp. 40°. Douleurs vives dans la cuisse gauche, surtout au niveau de la région trochantérienne; l'articulation n'était pas spécialement sensible, quoique la cuisse fut demi-fléchie; pas le moindre indice de suppuration.

On ne put reconnaître exactement le point osseux malade. (Toniques généraux. Sulfate de quinine, 1 gr.; vésicatoire.)

Le samedi, rien d'appréciable du côté du fémur, les douleurs persistent, délire pendant toute la nuit.

Dimanche. Éruption analogue à l'urticaire. Ce sont de grands cercles rouges, saillants à leur pourtour, circinés et répandus sur tout le corps, les uns tout à fait annulaires, d'autres plus petits, figurant seulement des segments de circonférence, et se pressant dans l'intervalle des autres.

M. Verneuil ne vit le malade que le lundi et, quoique l'éruption fût en partie disparue, il n'hésita pas à reconnaître une éruption septicémique. Il porta le pronostic le plus grave.

Le délire et la fièvre persistent et l'enfant succombe le lendemain à six heures du matin.

Autopsie. Organes abdominaux sains, sauf quelques traces de périhépatite ancienne sur la convexité du foie.

Un peu de liquide dans les plèvres, quelques fausses membranes sur les deux feuillets. Nombreux abcès métastatiques à la surface des poumons.

Péricardite aigue très intense.

Dans la région trochantérienne, un peu de pus infiltré entre les insertions musculaires. Périoste moins adhérent, ostéo-myélite suppurée, s'étendant du cartilage épiphysaire supérieur à six ou sept travers de doigt au-dessous. Arthrite récente.

Veines circonflexes remplies de caillots. Périostite suppurée du cubitus gauche.

[Dans la discussion qui suivit la communication de ce fait à la Société anatomique, j'attirai l'attention sur la pyohémie survenue spontanément, c'est-à-dire sans communication du foyer d'infection avec l'extérieur, sur l'étroite affinité qui relie l'ostéo-myélite et les abcès sous-périostiques avec le rhumatisme, sur la phlébite de voisinage, condition favorable à la production des embolies malignes et de la septicémie; enfin, sur l'éruption cutanée présentée par

le malade. Cette éruption, que je qualifie du nom de septicémique, est du plus fâcheux augure; je n'ai jamais vu survenir de guérison après son apparition. — A. V.]

D'autres membres de la société prirent ensuite la parole.

M. Legroux. On observe quelquefois, chez les femmes atteintes d'accidents puerpéraux, des éruptions que l'on peut sans doute rapprocher des éruptions septicémiques dont parle M. Verneuil; ces éruptions n'indiquent pas habituellement que la mort soit fatale.

M. Verneuil. On voit aussi chez certains blessés le corps se couvrir d'éruptions érythémateuses sans qu'il y ait d'aggravation dans les phénomènes généraux; alors la guérison survient. Mais ces éruptions doivent être soigneusement distinguées des éruptions septicémiques. Ce sont là des arthritides bénignes, provoquées ou plutôt rappelées par le traumatisme. Dans le premier fait de ce genre que j'ai observé, il s'agissait d'un malade qui, quatre jours après l'opération de la cataracte, fut atteint d'*eczéma rubrum* généralisé; il racontait que sept ou huit ans auparavant, il avait été couvert d'une éruption semblable à la suite d'une chute, et qu'autrefois une violente colère en avait également provoqué l'apparition. Dans un autre cas, un malade blessé à la jambe fut pris de douleurs articulaires et présenta des plaques érythémateuses disséminées sur la surface du corps. C'était encore un rappel de manifestations rhumatismales. Enfin, je citerai deux faits qui me sont personnels de ponction de kystes du foie, suivie quelques minutes après l'opération d'urticaire généralisée.

M. Raynaud. L'éruption d'urticaire, à la suite des ponctions de kystes hydatiques du foie, ne se présente pas à l'état d'exception rare; on serait plutôt tenté de dire qu'elle est la règle. M. Dieulafoy a relevé cet accident quatorze fois, sur un total de vingt-sept opérations. Il ne peut pas s'agir là d'une simple coïncidence. Les ponctions capillaires sembleraient avoir, sous ce rapport, une spécialité d'action remarquable. Voici maintenant un fait qui m'est personnel :

Il y a deux ans environ, j'avais un jour à ouvrir un ganglion sous-maxillaire suppuré, chez un garçon de seize ans. Dans le but d'éviter la cicatrice résultant d'un coup de bistouri, je fis une ponction aspiratrice avec une seringue de Pravaz; cette petite opération se passa très simplement. Mais moins d'une heure après, on courait me rappeler en toute hâte pour des accidents effrayants qui venaient d'éclater après mon départ. Je trouvai ce jeune homme en proie à

une dyspnée excessive, dans un état d'anxiété inexprimable, le facies profondément altéré, les yeux excavés et entourés d'un cercle noirâtre, tout le corps d'une pâleur syncopale. La poitrine était pleine de râles sonores.

J'avais évidemment affaire à un accès d'asthme d'une intensité peu commune. J'ajoute, ce qui est fort important à signaler, que déjà précédemment j'avais traité ce malade pour des accès d'asthme bien caractérisé, qui avaient cédé à l'emploi prolongé des bains d'air comprimé. Depuis plus de deux ans, il en était complètement débarrassé. J'administrai un vomitif dont l'effet fut excellent; à la suite des efforts de vomissements, la dyspnée se calma très rapidement, mais en même temps, le corps se couvrit d'une éruption d'urticaire extrêmement confluente. Le lendemain, tout était terminé, et depuis lors la santé n'a cessé d'être parfaite.

De ce fait, je me crois autorisé à tirer cette double conclusion :

1° L'accès d'asthme dont j'ai été témoin n'était autre chose qu'une *urticaire des bronches*. La métastase cutanée a été, dans ce cas, aussi évidente que possible. Me reportant par la pensée aux accès d'asthme antérieurs, dont la similitude avec celui-ci était frappante, je ne puis m'empêcher de penser que ces accès étaient eux-mêmes l'expression d'une urticaire de la muqueuse bronchique, avec cette seule différence que jusque-là l'éruption était restée limitée au tégument interne, et que ce jour-là seulement elle s'est montrée à l'extérieur. Ce cas joint à d'autres que j'ai pu observer, vient à l'appui d'une opinion que je professe depuis longtemps, à savoir que l'asthme dit essentiel n'est, dans certains cas au moins, qu'une urticaire bronchique. La bizarrerie, l'irrégularité d'apparition des accès établit, entre les deux affections, une ressemblance frappante qui témoigne de leur identité.

2° Le traumatisme insignifiant, résultant de la ponction capillaire, a suffi dans ce cas pour rappeler une éruption ancienne, à laquelle le sujet était manifestement prédisposé, mais qui était resté silencieuse depuis deux ans, et, cette dernière fois, l'éruption s'est faite successivement, en deux poussées, l'une sur la muqueuse bronchique, l'autre sur la peau.

Je suis ainsi conduit à rapprocher ce fait de ceux d'urticaire développée à la suite de ponctions de kystes hydatiques.

M. Charcot. M. Feytaud, dans sa thèse (1875), attribue ces éruptions d'urticaire à la pénétration dans le péritoine de quelques gouttes du liquide du kyste.

M. Rendu. Cette supposition a pu être vérifiée dans un fait, dont j'ai été témoin.

M. Hayem. Je ne crois pas qu'il faille ajouter une grande importance à cette condition. On ne voit pas survenir d'urticaire à la suite de la rupture de kystes du foie dans le péritoine.

L'observation suivante a été recueillie dans le service de M. Verneuil, à la Pitié.

Obs. IX. — *Phlegmon sous-cutané. — Opération. — Urticaire. Guérison.*

Godard (Eugène), trente-trois ans, alcoolique, entre le 4 juillet 1876, salle Saint-Louis, n° 60. Embarras gastrique quelques jours auparavant, avec fièvre, insomnie, céphalalgie. Depuis la veille, douleur assez vive dans la région du grand trochanter, puis gonflement et rougeur dans cette région, fièvre, et enfin tous les signes d'un phlegmon sous-cutané. M. Verneuil pense qu'il s'agit d'une inflammation de la bourse séreuse sus-trochantérienne.

Application de six ventouses scarifiées sur le phlegmon. Le lendemain, éruption d'urticaire limitée à la région affectée. Incision, issue d'un pus excessivement fétide, signe pour M. Verneuil d'un mauvais état général.

L'éruption disparaît vingt-quatre heures après.

Cet homme était évidemment débilité, car quelques jours après, s'étant levé pour aller à la garde-robe, à cette époque de l'année où la température est élevée et les courants d'air peu à craindre, il fut atteint d'une pleuro-pneumonie. L'éruption en elle-même, cependant, n'eut pas ici la gravité qu'elle présenta dans les observations précédentes.

Ecthyma. — Nous ne connaissons que trois observations de ce genre : l'une publiée dans la thèse de M. Schweich; la deuxième recueillie dans le service de M. Verneuil, par M. Ch. Leroux, alors externe des hôpitaux; la troisième par nous-même.

Obs. X. — Chez une malade de la salle Sainte-Foy (service de M. Bazin, à l'hôpital Saint-Louis), atteinte d'une roséole spécifique, deux écorchures de la jambe ont donné naissance à des pustules d'ecthyma présentant tous les caractères d'une éruption syphilitique

(Schweich, *Étude sur la classification des syphilides*, thèse de Paris, 1869, p. 33).

Obs. XI. — *Contusion de l'épaule chez un herpétique. Application de sangsues. — Éruption d'ecthyma.*

M. T... entre à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 42, pour une contusion violente de la bourse séreuse deltoïdienne.

L'application de douze sangsues amène un prompt soulagement, et le blessé est en voie de guérison, lorsque, le 10 janvier, après avoir été pendant vingt-quatre heures tourmenté par des démangeaisons assez fortes, il voit apparaître quelques petits boutons sur le moignon de l'épaule.

Deux jours après, on examine cette région, et on voit, au niveau de cinq des piqûres de sangsues, une éruption croûteuse de couleur brunâtre, offrant au centre un petit caillot de forme triangulaire, et à la périphérie une zone rouge légèrement bronzée de quelques millimètres d'étendue. Ce sont des pustules d'ecthyma, mais en raison de la teinte particulière de leur périphérie, on songe à la syphilis.

Interrogé sur ses antécédents, le malade donne les renseignements suivants : Pas de maladie antérieure, pas de traces de scrofule, de syphilis ou d'alcoolisme. De temps en temps, quelques douleurs fugitives, mais jamais assez fortes pour l'obliger à garder le lit.

Il y a un an environ, il y eut un zona sur le thorax, mais jamais d'autre éruption.

Bien qu'il n'ait eu que peu de manifestations, ce malade est évidemment arthritique. Pendant un mois les croûtes tombent et se reproduisent, et le malade sort enfin, le 28 janvier, n'éprouvant sur les épaules que de fortes démangeaisons aux points où se voient encore les dépressions rosées que recouvraient les croûtes.

Obs. XII. — *Morsure de chien. — Application de sangsues. — Ecthyma.*

D... (Louis), dix ans, est mordu par un chien, le 6 juillet 1876.

Les lésions suivantes se présentent le 8 : Au niveau de la région deltoïdienne droite, petite plaie irrégulière assez profonde; plus bas gonflement énorme, douloureux à la pression et recouvert par une vaste ecchymose.

Le 9, application de sangsues. Deux jours après, en dehors des lésions primitives, qui se sont amendées, on observe, à la partie supérieure de l'épaule, sur la face externe du bras et au niveau du

coude, une éruption présentant tous les caractères de l'ecthyma. Cette éruption, isolée dans certains points, se montre par groupes assez confluents dans d'autres. Le lendemain 12, de nouvelles pustules se sont formées dans les mêmes régions.

13 juillet et jours suivants. Pas d'autres poussées. Amélioration notable du côté de la morsure et du côté de l'ecthyma.

22. Guérison complète.

Remarquons que dans ce fait, contrairement au fait précédent, les piqûres de sangsues n'ont subi aucune modification.

Psoriasis. — Nous avons déjà rapporté les faits de ce genre dans les pages précédentes.

Obs. XIII. — *Hémorrhoïdes. — Opération. — Éruption cutanée.* (Voir plus haut p. 418.)

Obs. XIV. — *Anthrax de la lèvre. — Urticaire et psoriasis. Pyohémie. — Mort.* (Voir plus haut, p. 404.)

Obs XV. — *Rétrécissement de l'œsophage. — Cathétérisme. — Psoriasis. — Pyohémie. — Mort.* (Voir plus haut, p. 407.)

D'après M. Berger, Bazin avait observé sur l'épaule d'un herpétique une éruption de psoriasis survenue quelque temps après une application de ventouses[1].

Eczéma. — Cette éruption est après l'urticaire une de celles que nous avons le plus souvent observées. Nous en connaissons en effet cinq cas; deux sont publiés dans la thèse d'agrégation de M. Berger et les trois autres sont inédits.

Obs. XVI[1]. — Malade ayant présenté toute sa vie des phénomènes d'herpétisme; opéré au bras gauche, en novembre 1871, d'un épithélioma consécutif à un cautère datant de très longtemps; la guérison de la plaie fut parfaite; mais depuis quinze mois, il est survenu à la jambe droite une éruption eczémateuse rebelle, à marche envahissante, et qui recouvre aujourd'hui tout le pied.

M. Berger cite encore un fait analogue qui est rapporté plus loin en entier (obs. XIX).

1. Berger, *De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques,* th. d'agrég. en chir., 1875, p. 80.

Obs. XVII. — *Éveil de diathèse par une opération chirurgicale. — Eczéma.*

Le 24 mai 1875, M. Verneuil pratique en ville la résection d'une exostose sous-unguéale chez une jeune fille, grande, bien portante, paraissant jouir d'une bonne constitution. Le pansement ouaté est appliqué.

Huit jours après, la malade se plaint de picotements, d'élancements dans le pied, mais comme il n'y avait ni fièvre, ni malaise, ni engorgement des ganglions inguinaux, ni élévation de la température, et que, d'autre part, la malade paraissait fort craintive, on suppose que la peur de la levée de l'appareil ouaté est la cause de ces légers symptômes. On laisse donc le pansement en place.

Le lendemain mardi, la malade est prise de malaise, de frissons et de fièvre; on aperçoit une traînée rougeâtre remontant jusqu'au milieu de la jambe. On enlève l'appareil ouaté et on trouve une phlyctène grisâtre assez large et de mauvais aspect. Des traînées rouges sillonnent le dos du pied; une seule se prolonge sur la jambe.

On déterge la plaie au moyen du pulvérisateur.

Le mercredi 9 juin, l'orteil est presque guéri; mais au lieu de simples traînées rougeâtres, on constate de grandes plaques érysipélateuses confluentes, qui depuis cinq à six jours se sont étendues à la jambe, toutefois sans dépasser le genou.

Un purgatif n'amène que peu d'amélioration. Ces rougeurs ne tardent pas à prendre un aspect furfuracé et à se desquammer. M. Verneuil porte le diagnostic d'eczéma et interroge les parents. La mère répond que c'est sa maladie, ainsi que celle de son mari, et qu'ils vont pour cela alternativement à Louèches. De plus, le grand-père de cette jeune fille est goutteux.

Ainsi, cette malade, placée dans les conditions hygiéniques les meilleures, ne portant aucune trace de scrofule, bien qu'on ait vu des enfants, nés de parents herpétiques et dartreux, en être atteints, subit une légère opération, qui éveille chez elle une diathèse restée jusque-là à l'état latent.

Obs. XVIII. — *Diabète. — Furoncle. — Érysipèle à répétition. — Eczéma de la face. — Éruptions furonculeuses diverses. — Anthrax. — Gangrène.*

En novembre 1875, M. Verneuil est consulté par M. M..., boucher, de constitution robuste, âgé de cinquante quatre ans, qui donne sur ses antécédents les renseignements suivants :

Jusqu'à quarante-quatre ans, il s'était toujours bien porté; à cette époque il accuse une perte de forces assez marquée; il n'a jamais fait d'excès de boissons. On lui donne des toniques.

Quelque temps après, au niveau de l'aile du nez, se développe un petit furoncle que le malade écorche légèrement, et qui devient l'origine d'un érysipèle de la face, qui dure huit à dix jours environ. Depuis lors, tous les ans il est pris, sans cause apparente, d'un véritable érysipèle à répétition : il en est ainsi pendant sept à huit années consécutives.

A la suite d'un de ces érysipèles, des vésicules apparaissent, se rompent, laissent écouler un liquide transparent et des croûtes se forment à ce niveau. Il y a évidemment eczéma de la face. Le traitement par l'arsenic fait disparaître complètement cette affection.

Actuellement ce malade est atteint de gangrène diabétique. Il porte au gros orteil une petite perte de substance hémisphérique, une autre au deuxième orteil, et enfin, au bord externe du pied, une large ulcération d'un centimètre de profondeur.

Obs. XIX. — *Herpétisme. — Épithélioma du bras, extirpation. — Poussées successives d'eczéma. — Névralgie traumatique.*

M. de St. P. soixante-dix ans, lymphatique dans son enfance, paraît jouir actuellement d'une bonne constitution. Son grand-père était goutteux.

Vers dix-sept ans, dartres assez rebelles aux jambes, et plus tard quelques attaques de lumbago; il ressentit un jour au pied un accès très douloureux, qui dura quelques heures et qui n'a jamais reparu. Quelque temps après, éruption d'urticaire; depuis longtemps enfin, raideur des jointures.

En 1871, eczéma du cuir chevelu, puis à la suite d'émotions morales vives, tremblement général qui persiste encore.

Ainsi, sans attaque franche de goutte ni de rhumatisme, les diverses éruptions cutanées témoignent de la diathèse herpétique.

Depuis vingt-cinq ans, cautère au bras gauche. Vers 1871, des changements s'opèrent dans cette plaie; les bords deviennent plus saillants et légèrement douloureux. Le mal fait des progrès lents mais continus, qu'on cherche à arrêter par la résection des points saillants et l'application des caustiques. Sous l'influence de ces irritations, l'accroissement devient très rapide. Depuis un mois enfin, amaigrissement, douleurs lancinantes qui empêchent le sommeil.

État actuel. — Sur la face externe du bras gauche, vaste épithé-

lioma de 10 à 12 centimètres dans le sens vertical, et occupant les trois quarts de la circonférence du bras; d'une assez grande mobilité, il paraissait limité aux téguments; pas d'engorgement ganglionnaire.

Extirpation des plus faciles le 19 mars 1875. La couche musculaire est mise à nu. Deux bandes d'Esmarch sont appliquées l'une au-dessus, l'autre au-dessous du lieu d'opération. Quelques gouttes de sang s'écoulent au moment où on enlève les bandes. Pansement à plat.

Le malade est très bien le reste de la journée.

Vers sept heures du soir, élancements assez violents qui cessent vers cinq heures du matin, et qu'on attribue à une névralgie traumatique secondaire précoce. Le lendemain le malade se trouve bien. Le 21, vers sept heures du soir, nouveaux élancements dans la plaie, inquiétudes dans les jambes; toutefois ces douleurs s'étant rapidement calmées, le sulfate de quinine n'est pas administré.

Le 24, en faisant le pansement, on constate une hyperesthésie assez marquée dans la plaie; déjà le matin il y avait eu un léger suintement sanguin. Le sulfate de quinine est administré et ces symptômes disparaissent.

État général bon, aucun phénomène jusqu'au 15 mai, où apparaît une éruption d'eczéma qui entoure rapidement la plaie et s'étend les jours suivants.

Le 3 juin, à la limite inférieure de la plaie, récidive que l'on cherche à détruire avec l'acide chromique; mais ces cautérisations n'ayant amené aucun résultat, M. Verneuil pratiqua le 21 juin l'extirpation du noyau récidivé, qui avait déjà acquis le volume d'une noix. Cette opération n'est suivie, tout d'abord, d'aucun phénomène important, lorsque, six jours après, une nouvelle poussée d'eczéma se produit autour du point récemment opéré.

Le 28 juin, légers élancements, sensibilité notable de la plaie. Le sulfate de quinine est donné; ces phénomènes disparaissent.

Les jours suivants se passent sans accidents; l'eczéma s'accroît toujours; il remonte jusqu'à l'aisselle et descend vers le pli du coude.

Le 18 juillet, légers élancements vers le bord supérieur de la plaie; à ce niveau apparaît une phlyctène, à laquelle succède une ulcération qui en l'espace de quatre jours acquiert une étendue de 2 centimètres carrés. De plus, l'état général est moins bon; le malade dort mal, a peu d'appétit, et outre la névralgie de la plaie, peu intense il est vrai, accuse un peu de névralgie dentaire et de conjonctivite.

L'administration d'un purgatif et du sulfate de quinine fait tout disparaître.

15 août. L'eczéma continue à faire des progrès; la plaie se cicatrise lentement.

15 septembre. A partir de cette époque l'eczéma diminue, pour disparaître complètement vers le 20 octobre.

1er décembre. Cicatrisation complète, les ganglions axillaires sont sains et l'état général excellent.

Nous trouvons dans la thèse de M. Picaud une observation assez analogue, due à M. le professeur Lasègue (p. 36).

Arthritique. — Lipôme cervical. — Ablation. — Éruption polymorphe durant deux mois. — Guérison.

M. D..., quarante-deux ans. — Dispositions rhumatismales, sans rhumatisme articulaire aigu; lumbago se reproduisant fréquemment, sous l'influence d'un mouvement forcé ou même spontanément; gastralgie; peau irritable; intertrigo facile aux plis des aines; eczéma de l'anus, ayant déterminé à la longue une fissure avec coarctation de l'extrémité de l'intestin; guérison à la suite de la dilatation forcée, mais persistance de l'eczéma; état demi-ichthyosique de la peau, habituellement sèche, rouge, granuleuse.

M. D... porte à la région cervicale postérieure un petit lipôme pédiculé, exempt de douleur, mais qui devient incommode par le rottement du col et de la cravate; des inflammations sans gravité ont eu lieu à diverses reprises et ont paru contribuer au développement de la tumeur qui n'excède pas le volume d'un gros pois.

L'opération est pratiquée par M. le Dr Duplay dans les conditions les plus favorables, et la cicatrisation semble se faire tout d'abord par première intention. Cependant un point très limité de l'incision reste béant et devient le siège d'une suppuration insignifiante. Les meilleurs soins sont pris pour le pansement.

Vers le quatrième ou le cinquième jour, chaleur, tension à la nuque; un peu de fièvre; langue saburrale; appétit diminué, rougeur vive au pourtour de la plaie; on craint qu'il ne se développe un érysipèle. Traitement antiphlogistique sans effet utile.

La rougeur s'étend, le malaise général augmente, sans prendre néanmoins des proportions inquiétantes pendant quatre jours; au cinquième, la rougeur occupe toute la région cervicale postérieure, et descend jusqu'aux premières vertèbres dorsales; ses limites sont

assez nettement dessinées ; les bords ne sont pas frangés et ne rappellent pas nettement ceux de l'érysipèle ; œdème rosé au pourtour.

De jour en jour l'éruption se propage, perdant de plus en plus le caractère érysipélateux ; il est facile de prévoir d'avance la direction que l'exanthème va prendre. Aux environs seulement du foyer primitif, quelques pustules ecthymateuses.

L'éruption marche par plaques de plus en plus étendues ; quelques-unes prennent en vingt-quatre heures des dimensions considérables ; elles se dispersent sur les épaules, sur les bras, sur le tronc. Au bout de deux ou trois jours la peau se soulève, après avoir présenté sur divers points l'aspect d'une miliaire scarlatineuse, à couleur cependant moins pourprée, très variable, rosée ou rouge brique. Plus la rougeur a été intense, plus la desquamation se fait vite. On voit ainsi des lambeaux d'épiderme disséminés et n'ayant pas la continuité de ceux de la scarlatine. Lorsqu'on soulève ces plaques demi-transparentes, on retrouve au-dessous la peau lisse, douce au toucher, rougeâtre.

État général amélioré ; appétit ; urines moins foncées ; pas de forces ; démangeaisons ; sensation de brûlure vive ; excitation nerveuse, insomnie, ou tout au moins sommeil interrompu.

L'éruption envahit ainsi le tronc dans l'espace de deux semaines ; puis la poussée cutanée semble à s'éteindre sur place.

A la suite d'une courte sortie, sans refroidissement, plus probablement sans cause appréciable, nouveau mouvement fébrile avec plus de malaise. L'affection se propage par la région occipitale au cuir chevelu ; elle gagne le front et toute la face ; œdème insignifiant des paupières, un peu de photophobie, roideur des mâchoires, sécheresse des lèvres. A aucun moment, l'exanthème ne pénètre ni dans les fosses nasales ni dans la cavité buccale ; même aux yeux il ne dépasse pas le bord libre des paupières.

Cette seconde poussée est plus incommode que la première. La démangeaison n'est pas plus vive, mais la gêne apportée aux mouvements de la face inquiète le malade. L'éruption pâlit après deux semaines ; la desquamation est furfuracée.

Presque aussitôt l'exanthème reparaît avec un surcroît d'acuité sur les membres inférieurs, marchant des fesses aux pieds. L'évolution est la même que pour le tronc ; même redoublement de fièvre, même rougeur, même desquamation par lambeaux, même durée que la précédente.

La desquamation par petites squames continue pendant plus d'un mois. Elle cesse à la suite de l'administration de quelques bains,

additionnés de 30 à 40 grammes de sulfate de zinc, et plus tard de sulfate de cuivre.

L'affection cutanée a duré en somme deux mois avant l'entrée en convalescence.

Il s'écoule trois mois encore avant la parfaite guérison. Le pourtour de la plaie reste induré, légèrement sensible à la pression. Les forces reviennent assez lentement ; mais la maladie avait suivi son cours pendant le siège de Paris, lors que l'alimentation insuffisante et les préoccupations de tout ordre entravaient la réparation.

Depuis l'année 1870-71, il n'est survenu aucune manifestation cutanée. L'eczéma anal a plutôt diminué. Il n'est resté ni sensations incommodes de la peau, ni démangeaison.

Herpès. — L'herpès traumatique a fait l'objet d'un travail de M. Verneuil que nous avons déjà cité.

On trouvera aussi, dans la thèse de M. Picaud, plusieurs observations plus récentes (obs. VIII, IX, X de sa thèse), auxquelles on peut joindre les suivantes :

Eruption cutanée sur un moignon d'amputation (Robuchon, thèse de Paris, 1872, p. 7).

Fracture comminutive du péroné par éclat d'obus. — Résection des fragments; fièvre violente et délire au quatrième jour ; herpès hémorrhagique autour du cou; gangrène et angine gangréneuse. Mort d'infection putride dix jours après la blessure (Maur. Perrin, *Gaz. hebd.* 1872, p. 756, obs. III.)

Obs. XX. — *Hydrocèle. — Opération. — Herpès labialis. — Guérison.*

Homme de quarante et un ans, atteint d'hydrocèle. Pas de syphilis antérieure; injection minime d'alcool dans la cavité vaginale. Pendant les quatre jours qui suivent l'injection, le malade est pris de sueurs abondantes, sans autres symptômes généraux; puis apparaît un groupe d'herpès aux lèvres. Guérison de l'hydrocèle qui récidive quelques mois plus tard (Vieillard, th. de Paris, 1873, p. 21).

Obs. XXI. — *Nécrose du pubis. — Herpès. — Mort*[1].

Une femme de quarante-huit ans, atteinte depuis longtemps de carie et de nécrose du pubis, avec suppuration, fut prise de névral-

[1] Duret, *Bulletin Société anatomique*, 1877, p. 818.

gie du nerf crural et d'une éruption d'herpès aux faces antérieure, interne et externe de la cuisse; quelques vésicules s'étendaient jusqu'à la fesse et sur la grande lèvre. Cette éruption siègeait donc sur le territoire des branches suivantes du plexus lombaire : nerf crural, nerf génito-crural et fémoro-cutané. Ces vésicules d'herpès se desséchèrent et se desquamèrent dans l'espace de trois semaines environ.

Trois mois plus tard, phlegmatia alba dolens double, érysipèle de mauvaise nature. Mort.

A l'autopsie, on trouva que le nerf crural et plusieurs autres branches du plexus lombaire atteints de périnévrite traversaient une collection purulente située dans le psoas. L'éruption était donc bien due à une lésion nerveuse. D'ailleurs, l'état général, l'absence d'élévation de température, la localisation des vésicules, ne pouvaient laisser soupçonner une éruption septicémique. L'herpès n'a pas eu ici pour cause la blessure d'un nerf, mais une inflammation de voisinage enveloppant le tronc nerveux sur le territoire duquel s'est fait l'éruption.

Toutes ces observations d'herpès consécutifs à un traumatisme ou à une affection chirurgicale confirment les conclusions du mémoire de M. Verneuil.

Zona. — M. Verneuil a recueilli deux observations de ce genre : la première en date est consignée dans la note de 1868, relative aux symptômes cutanés de pyohémie (obs. 3); l'autre est la première de son mémoire sur l'herpès traumatique.

Obs. XXII. — *Abcès de la fosse iliaque. — Opération. — Pyohémie. — Zona. — Mort.* (Voir plus haut, page 409.)

Obs. XXIII. — *Fracture de la base du crâne. — Lésions de plusieurs nerfs moteurs. — Zona de la face.* (Voir plus haut, p. 377.)

Voici une troisième observation inédite.

Obs. XXIV. — *Zona lombaire chez une syphilitique.*

Grand-J..., Marie, vingt-six ans, lingère, entre le 20 mai 1875 dans le service de M. Verneuil, pour un zona de la région lombaire.

Cette femme, à l'âge de seize ans, eut une attaque de rhuma-

tisme articulaire aigu qui dura environ six mois; jamais depuis elle n'en ressentit les atteintes. A vingt ans elle contracte la syphilis, et en 1874, est opérée d'un rétrécissement par syphilome rectal.

Le 12 mai 1875, elle est prise de frissons, de fièvre et de douleurs lombaires qui l'obligent à prendre le lit; deux jours après, nombreuses vésicules au niveau du point douloureux.

Le 20 mai, elle entre à l'hôpital; on constate à la région lombaire une large bande de vésicules, disposées en demi-ceinture et dépassant légèrement la ligne médiane en avant et en arrière. Les vésicules, transparentes, d'un volume variant entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une lentille, sont tantôt isolées, tantôt agglomérées ou confondues. Les légers symptômes généraux du début ont disparu; il reste une grande sensibilité à la pression, surtout en avant et en arrière, près de la colonne lombaire.

Le 23, les vésicules se rompent, quelques-unes suppurent.

Le 25, la dessiccation commence;

Le 30, il ne reste plus qu'une légère coloration rougeâtre. Depuis plusieurs jours sont survenues des douleurs assez fortes sur le trajet du zona. L'application de deux vésicatoires provoque une éruption d'acné. Les douleurs diminuent.

Enfin, le 18 juin, la malade sort. Il ne reste aucune trace du zona, et bien que l'éruption ait eu lieu chez une syphilitique tertiaire, on ne constate aucune coloration particulière.

Érythème. — Nous avons observé trois variétés d'érythème : l'érythème simple, l'érythème papuleux et l'érythème circiné.

Érythème simple. — Rappelons les faits de Bonnard, Braidwood, etc., cités plus haut (p. 421-423). Nous n'avons pas recueilli d'autres cas de ce genre.

Obs. XXV. — *État puerpéral. — Érythème. — Mort.*
(Voir plus haut, page 421.)

Obs. XXVI. — *Plaie du pied. — Érythème. — Mort.*
(Voir plus haut, page 422.)

Érythème papuleux. — Nous avons recueilli quelques exemples de cette variété.

Obs. XXVII. — *Kyste dentaire. — Opération. — Érythème papuleux. — Guérison.* (Voir plus haut, page 416.)

Les deux observations qui suivent sont empruntées au mémoire de M. Verneuil : *Du rhumatisme dans ses rapports avec le traumatisme.*

Obs. XXVIII. — *Légère écorchure à la jambe. — Pseudo-érysipèle. — Rhumatisme généralisé subaigu. — Éruption cutanée étendue et ambulante. — Guérison.*

R..., homme de peine, quarante-deux ans, entre à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 34, le 20 mai 1872. Il est de haute taille, vigoureux, d'une vie régulière, et ne porte aucune trace de scrofule ni de syphilis.

Le 14 mai, il s'est fait une légère écorchure à la face antérieure de la jambe gauche; il a continué son travail sans prendre le moindre soin. Au bout de trois jours, la petite plaie s'est enflammée; la douleur est survenue, accompagnée de gonflement et de pesanteur des membres.

A son entrée à l'hôpital, nous trouvons la jambe et la cuisse presque doublées de volume et recouvertes en grande partie de larges plaques rouges, diffuses, sans contours arrêtés et plutôt érythémateuses qu'érysipélateuses. Les ganglions inguinaux, d'ailleurs, ne sont pas engorgés; ils ne sont et n'ont point été sensibles au toucher.

On reconnaît l'emplacement de l'écorchure primitive, mais tout autour l'épiderme est soulevé en forme de larges phlyctènes au-dessous desquelles le derme est d'nn rouge livide, ecchymosé et enflammé. R... accuse dans tout le membre des douleurs assez vives, et à la surface tégumentaire une sensation prononcée de cuisson et de brûlure. Il n'y a pas eu de frisson intense, mais du malaise, un état saburral et une fièvre modérée; les urines sont fébriles, très acides, sans glycose ni albumine.

Le sujet n'a jamais fait de maladie grave, mais à plusieurs reprises il a souffert de douleurs rhumatismales qui, toutefois, ne l'ont point forcé à garder longtemps le repos; jamais il n'a eu de dermatose quelconque.

Je prescris un purgatif salin, des boissons délayantes, la position élevée du membre malade, lequel sera recouvert, dans toute son étendue, de cataplasmes émollients; régime alimentaire léger.

Sons l'influence de ces moyens, l'état local s'améliore, mais la jambe est le siège d'une suppuration superficielle très étendue,

comme s'il s'agissait d'une brûlure. La fièvre continue, le thermomètre oscille entre 38 et 39 degrés, et l'état général reste médiocre.

Le 24, la température monte; des douleurs assez vives se montrent dans l'épaule gauche, les coudes et les deux poignets ; à la face postérieure des deux coudes, érythème papuleux sur une étendue de plusieurs centimètres; à la face dorsale des poignets, et surmontant un gonflement assez prononcé, rougeurs diffuses un peu pâles; assez grande sensibilité dans les mouvements et à la palpation, rappelant exactement le début des arthrites symptomatiques de la pyohémie.

Ces manifestations articulaires et cutanées coïncident avec un œdème inflammatoire du membre inférieur. La suppuration abondante, la fièvre et le mauvais état général m'inspirent de vives inquiétudes ; je crains une infection purulente.

Je renouvelai le purgatif et prescrivis le sulfate de quinine, à la dose quotidienne de 1 gramme.

Le 27, les choses n'ont guère changé, si ce n'est que les symptômes articulaires rappellent mieux le rhumatisme subaigu. Toutefois l'état de la jambe blessée s'est amélioré. Le gonflement et la rougeur érythémateuse ont complètement disparu. La surface dénudée de la jambe suppure encore, mais a pris un bel aspect. En revanche, le genou correspondant, qui avait été jusqu'alors indolent, devient un peu sensible et présente une hydarthrose considérable.

De son côté, l'érythème papuleux né au pourtour des olécranes s'étend symétriquement aux avant-bras, aux bras, et couvre même l'épaule droite; les jours suivants, il respecte la paroi thoraco-abdominale, mais se montre aux lombes, aux fesses, et jusqu'à la partie supérieure des cuisses. Il ne détermine d'ailleurs qu'une faible sensation de prurit.

L'auscultation cardiaque révèle à la pointe un léger bruit de souffle, du reste sans irrégularité des battements ni troubles de la circulation générale.

A partir de ce moment, je reconnus nettement la nature rhumatismale des douleurs articulaires et de la dermatose, et me crus en droit de citer ce fait comme un exemple concluant de la diathèse.

Je continuai le sulfate de quinine et les alcalins à l'intérieur, puis la poudre d'amidon sur les points érythémateux, et enfin les émolients sur la jambe.

A partir du 1er juin, l'amélioration se dessine nettement; l'éruption cutanée s'éteint peu à peu, les jointures des membres supérieurs sont à peine douloureuses et ne conservent que de la raideur. L'épanchement du genou gauche se résorbe, les plaies superficielles de

la jambe s'épidermisent. La fièvre tombe, l'appétit renaît, et au 10 de ce mois il ne reste à combattre qu'une extrême faiblesse et une anémie très prononcée par les toniques et un régime fortifiant.

R... est sorti de la Pitié tout à fait guéri dans les premiers jours de juillet.

Obs. XXIX. — *Contusion grave du thorax. — Éruption arthritique presque subite et très étendue. — Guérison.*

Mme X..., quarante-huit ans, journalière, entre à la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 29, le 1er juin 1875, pour une grave lésion de la poitrine. Quelques heures auparavant, renversée par une voiture, elle a reçu un coup de pied de cheval au niveau de la mamelle gauche. Il en est résulté une fracture multiple des côtes disposée de telle façon qu'un segment de la paroi thoracique, irrégulièrement quadrilatère, et mesurant environ 12 à 15 centimètres de côté, semble tout à fait isolé et se déplace à chaque mouvement respiratoire, à la manière d'un couvercle libre. Le sein gauche, peu développé d'ailleurs, qui recouvre cette pièce mobile, se déprime dans l'inspiration, se soulève dans l'expiration, et proémine considérablement pendant la toux.

Une ecchymose considérable occupe toute la région blessée; on constate également de l'emphysème, et l'on soupçonne une hernie du poumon. Du reste, intégrité de la peau.

Nulle autre lésion traumatique.

La malade est maigre et d'apparence cachectique; elle a eu dès son enfance des maux d'yeux et un écoulement auriculaire rebelle. Sujette longtemps à des douleurs vagues dans les membres, elle fut prise, il y a quatre ans, d'une attaque de rhumatisme articulaire généralisé qui la retint assez longtemps au lit.

Elle présente à la face dorsale de l'avant bras droit un petit groupe de cinq ou six boutons recouverts d'une croûte mince, et qui représentent assez bien l'aspect de syphilides; au dire de la malade, ces boutons dateraient de quelques jours et auraient succédé à une morsure de chien. La syphilis antérieure est niée, et l'on n'en trouve actuellement point de traces, mais rien n'empêche de l'admettre, car nous apprenons d'autre part que Mme X... est dans la misère, qu'elle se livre à tous les excès, et enfin qu'elle est sans doute sous l'influence dépressive de la crainte, car elle est compromise dans une grave affaire criminelle.

En tout cas, l'état actuel est sérieux, et la lésion thoracique suffirait à elle seule pour faire porter un mauvais pronostic. La peau

est froide, le pouls accéléré et petit, la dyspnée extrême, la toux provoquée par le moindre mouvement et les inspirations un peu étendues, arrache des cris à cette malheureuse. Il n'y a pas de crachements de sang.

Je prescris à la fois quelques cordiaux et l'opium à haute dose, puis des ventouses sèches tout autour de la poitrine; il nous est impossible d'immobiliser la paroi thoracique, comme cela se fait dans les fractures de côtes ordinaires, parce que la pression exercée sur la mamelle saillante repousse les côtes fracturées du côté de la plèvre et augmente les douleurs et la dyspnée.

L'opium donne un peu de calme et provoque une légère réaction. Le lendemain matin, on constate du côté de la respiration une amélioration notable. Cependant le moindre attouchement de la paroi thoracique gauche est extrêmement pénible, et la toux amène encore des cris déchirants. Le pouls n'est pas relevé, la température dépasse 38°; mais nous constatons l'apparition d'un nouveau phénomène.

A la face dorsale des mains et des avant-bras, à la face antérieure des genoux et des jambes, sur le dos des pieds, se sont développées des papules de 6 à 7 millimètres de diamètre, d'un rouge sombre, disparaissant sous la pression du doigt, avec sensation très prononcée de prurit et de cuisson. Discrète ce jour-là, l'éruption se propage très rapidement les jours suivants, apparaît à la face, sur le front, et finit par recouvrir la presque totalité des membres. Elle présente les caractères de l'érythème papuleux arthritique, et en certains points ressemble tout à fait à la dermatose que nous avons déjà notée dans l'observation précédente.

L'état général paraît s'améliorer un peu sous l'influence de cette révulsion tégumentaire, car la température oscille au-dessous de 38°; pourtant, insomnie rebelle et douleurs vives avec hyperesthésie de toute la moitié gauche du thorax. La sensibilité est telle au niveau de la fracture, que je soupçonne quelque lésion des nerfs intercostaux, avec névrite traumatique.

L'auscultation, quoique très pénible, pratiquée tous les jours, fait admettre un épanchement sanguin assez étendu dont l'existence est confirmée par une large ecchymose sous-cutanée à la base du thorax, en arrière et du côté blessé. Aucun signe de pneumonie. L'emphysème sous-cutané a rapidement disparu.

Le traitement local avait consisté en ventouses sèches ou très légèrement scarifiées autour du foyer de la fracture, et en vésicatoires volants sur différents points de la poitrine.

L'éruption cutanée paraissait stationnaire. Le 8, l'oppression augmente, le thermomètre monte, en vingt-quatre heures, jusqu'à 41°. Face d'un jaune pâle, langue sèche, apparition de la diarrhée.

Tout fait croire à la suppuration de l'épanchement pleural, d'autant plus que la paroi thoracique devient œdémateuse. La question de l'empyème se pose naturellement, mais j'hésite à ouvrir la poitrine, à cause de la fracture comminutive des côtes. J'applique à la fois deux larges vésicatoires, l'un en avant, l'autre en arrière; je donne le sulfate de quinine à forte dose.

Une amélioration évidente se déclare, la respiration devient plus aisée, et l'épanchement diminue; la fièvre s'apaise.

Le 15, le grand péril semble conjuré. A ce moment, l'éruption est en pleine desquamation; de larges écailles épidermiques se détachent de toutes parts, laissant à nu des taches d'un rouge brun.

Le 25, sans cause connue, la température remonte un peu (38°,5), et l'éruption reparaît, soit sous forme de papules éparses, soit, comme au niveau des jambes et des cuisses, sous forme de larges plaques rouges à contours irréguliers. Elle reste stationnaire pendant quelques jours et commence seulement à se desquamer lentement à la fin du mois.

A diverses reprises, j'ai soigneusement exploré les articulations sans y découvrir la moindre poussée inflammatoire. Les urines ont été constamment surchargées de dépôts salins. A partir du 14, les phénomènes thoraciques ont toujours été en diminuant; le plastron mobile formé par les côtes fracturées s'est peu à peu consolidé; l'épanchement a diminué, et lorsque le 2 juillet, contre mon avis d'ailleurs, la malade a voulu absolument rentrer chez elle, il ne restait comme trace de la lésion du thorax qu'une diminution marquée du bruit respiratoire à gauche et une hyperesthésie persistante du foyer de la fracture et de ses environs.

Érythème circiné. — Nous n'avons pas trouvé d'autres faits que ceux que nous avons rapportés plus haut et dont nous rappelons le titre.

Obs. XXX. — *Retrécissement de l'urèthre. — Hématurie. — Néphrite chronique double. — Érythème circiné. — Péritonite pelvienne.* — *Mort* (voir p. 424).

Obs. XXXI. — *Fracture du col du fémur chez un vieillard.* —

Pneumonie hypostatique. — Éruption circinée. — Mort. (Voir page 428).

Prurigo. — Nous en dirons autant de cet exanthème.

Obs. XXXII. — *Abcès de la région sus-hyoïdienne. — Opération. — Prurigo. — Guérison* (voir p. 416).

Impétigo. — L'observation suivante a été recueillie par M. L. Henri Petit, dans le service de M. Verneuil.

Obs. XXXIII. — *Éruption cutanée de la tête. — Guérison apparente. — Plaie de tête. — Nouvelle éruption de même nature* (impétigo).

G... (Lucien), charretier, trente-trois ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, n° 3, le 11 octobre 1870.

D'une santé parfaite pendant son enfance et sa jeunesse, il eut les fièvres en Algérie, où il fit un congé de sept ans, et le ver solitaire dont il guérit complètement.

En novembre 1867, se trouvant dans sa famille, en province, il fut atteint d'une éruption très confluente siégeant sur toute la face et le cuir chevelu. C'étaient de petites pustules qui crevèrent, furent remplacées par des croûtes qui tombèrent plusieurs fois, laissant à découvert de petites ulcérations d'où s'écoulait une sérosité abondante. L'éruption fut accompagnée d'un engorgement des ganglions cervicaux. Le traitement consista en purgatifs, bains, soins de propreté.

La durée fut de deux mois.

Un an après, en novembre 1868, la même éruption se reproduisit, mais fut moins confluente et ne dura qu'un mois. Traitement comme la première fois.

Rien ne reparaît en 1869.

Le 9 octobre 1870, G. fut renversé par une voiture dont la roue écorcha le cuir chevelu, un peu en arrière de l'oreille gauche.

Il entra à l'hôpital le 11 octobre. La plaie se comportait comme une plaie simple, lorsque le 14 octobre apparut au cou un engorgement ganglionnaire assez marqué.

Le 16, vives démangeaisons dans la barbe et les cheveux, rougeurs de ces parties, qui les jours suivants se couvrirent de croûtes. C'était de l'impétigo. Le malade reconnaît tous les caractères de ses deux premières éruptions; celle qu'il présente maintenant est moins confluente que la première, mais plus que la seconde.

On couvre les parties malades de cataplasmes. Le 28 octobre, la plaie va aussi bien que possible, les croûtes ne sont pas encore tombées.

L'amélioration continue jusqu'au 15 novembre.

A cette époque, fièvre, engorgement ganglionnaire cervical.

16. La plaie de tête qui était cicatrisée s'est rouverte. Cuir chevelu douloureux au toucher. Pas de nouvelle éruption.

18. Plus de malaise ni d'engorgement ganglionnaire.

7 décembre. Guérison complète.

Éruptions syphilitiques diverses. — M. Petit a rassemblé dans sa thèse[1] plusieurs exemples d'éruptions survenues à la suite d'un traumatisme et ayant les caractères des syphilides spontanées. Nous avons déjà vu (obs. X) une éruption d'ecthyma apparaître chez une syphilitique à la suite d'écorchure de la jambe. Voici le résumé d'observations du même genre.

Obs. XXXIV. — *Accouchement. — Réveil de la syphilis.*

Femme. Antécédents syphilitiques non douteux. Six ans après la guérison, apparut à la suite du travail de l'accouchement, et après quelques symptômes généraux, une éruption qui envahit toute la surface du dos. Éruption caractérisée par des tubercules syphilitiques auxquels succédèrent des ulcérations (Cazenave, *Traité des syphilides*, p. 530).

Ce fait est surtout intéressant en ce qu'il démontre que l'accouchement, comme le traumatisme, peut provoquer le réveil d'une diathèse; d'autre part, les symptômes généraux qui ont précédé ont pu faire croire pendant quelque temps à l'apparition d'une des complications qui suivent la parturition, et faire craindre l'issue fatale.

Obs. XXXV. — *Plaie du bras par arme à feu. Réveil de la syphilis.*

Homme de vingt-trois ans. Plaie du bras par arme à feu, qui guérit très difficilement. Il survient subitement un exanthème syphilitique de tout le corps, à l'exception du bras blessé. Le malade a été infecté en 1869; il a été atteint d'une iritis syphilitique en 1870. L'auteur suppose que le bras a été exempt de manifestations spécifiques à cause de l'oblitération des lymphatiques ou de leur compression par les tissus indurés avoisinants. (Merkel, *Arch. gén. de méd.*, 1872, 6e série, t. XIX, p. 335.)

1. *De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme.* Paris, 1875.

Nous avons été jusqu'ici sobre de commentaires, parce qu'il nous a semblé que les faits parlaient assez d'eux-mêmes.

Si nous en exceptons les faits d'éruption scarlatiniforme, et ceux dans lesquels l'éruption a eu un caractère indéterminé, tous les autres, et ils sont nombreux, rentrent dans les manifestations locales des diathèses à éruptions cutanées, arthritisme ou syphilis.

Dans certains cas l'éruption a succédé à une lésion nerveuse, tandis que dans d'autres elle a eu pour point de départ une affection chirurgicale quelconque; mais dans presque tous ceux dans lesquels les antécédents ont été recherchés, on a trouvé que le malade avait eu antérieurement des manifestations syphilitiques ou arthritiques, ces dernières étant en majorité. Et par arthritides nous croyons qu'il faut entendre, avec MM. Bazin, Verneuil et Baudot, toutes les manifestations que l'on décrit habituellement sous les noms d'herpès, de zona, de dartres, de manifestations rhumatismales, etc. Un certain nombre de nos observations ne laissent aucun doute sur le caractère arthritique des éruptions.

Celle de Mme L..., entre autres (mémoire de M. Verneuil sur les névralgies traumatiques précoces), en est un exemple des plus frappants : Cette dame a des névralgies pendant longtemps; on l'opère deux fois; éruption herpétique après chaque opération.

Tous les sujets qui ont présenté de l'eczéma étaient des arthritiques.

L'observation de la campagnarde (obs. VIII de la thèse de Picaud) n'est pas moins remarquable : atteinte d'une éruption herpétique après l'opération, elle fut prise, huit mois après, d'une violente attaque de rhumatisme aigu.

Les sujets de M. Berger, ceux des obs. XXVII et XXVIII, de M. Verneuil, étaient des types d'arthritisme.

Ces considérations et celles qui suivent nous paraissent jeter un peu de lumière sur la pathogénie des éruptions septicémiques.

Nous avons vu les opérations chirurgicales faire éclore la scarlatine plus tôt que d'habitude (Paget); les lésions traumatiques provoquer l'apparition d'éruptions syphilitiques (Petit) ou de manifestations arthritiques du côté des jointures, de la peau ou des séreuses (Verneuil).

M. Dériaud, en 1868, M. Moriez, en 1876, ont démontré que le traumatisme pouvait également faire reparaître les manifestations du paludisme.

Tous ces travaux font donc ressortir l'influence pathogénique du traumatisme, c'est-à-dire l'apparition de manifestations

diathésiques à la suite d'une lésion traumatique, accidentelle ou opératoire.

Si, dans certains cas, une cause légère (application de sangsues, de ventouses) a suffi pour provoquer l'éruption, il nous semble que l'on peut admettre, avec plus de raison, qu'une lésion considérable, qu'une complication telle que l'érysipèle ou l'infection purulente, peuvent retentir sur l'organisme et en faire sortir la diathèse sous une de ses formes habituelles.

En d'autres termes, les affections septicémiques peuvent réveiller les diathèses au même titre que le traumatisme.

Nous allons voir maintenant comment ces affections peuvent, à leur tour, agir comme des diathèses, au point de vue des éruptions.

La syphilis, la scrofule, le rhumatisme, affections générales par excellence, s'accompagnent toutes, comme les diathèses d'ailleurs, d'une altération du sang, et, à ce titre, peuvent être considérées comme des affections chroniques du sang.

D'autre part, les maladies septicémiques qui ont donné lieu aux éruptions susdites, la pyohémie, l'intoxication urineuse, l'anthrax et les furoncles, l'infection putride (nous laissons de côté la diphthérie grave et la scarlatine), engendrent toutes une altération aiguë du sang.

Ne pourrait-on donc pas les assimiler sous ce rapport aux diathèses et admettre qu'elles s'accompagnent d'éruptions particulières, analogues à celles de ces états constitutionnels ?

Si l'on nous objectait que ces éruptions septicémiques sont loin d'être constantes, qu'elles sont même rares, et que par conséquent leur importance diminue d'autant, nous répondrions qu'au point de vue de l'intensité de l'éruption, on peut les comparer à celles de la fièvre typhoïde, qui tantôt se bornent à quelques taches et tantôt sont très confluentes, — qu'elles sont de très courte durée relativement aux autres, et que par suite elles ont pu souvent passer inaperçues.

Nous pensons pour notre part qu'il y a entre tous ces faits beaucoup plus de rapports qu'on ne serait porté à le croire à première vue, et que l'on peut faire rentrer dans le même cadre, quoique dans des catégories différentes, les cas d'éruptions chez les diathésiques, suivant leur marche accoutumée, classique, et ceux dans lesquels l'éruption, survenue à la période ultime des affections chirurgicales graves, n'a duré que peu de temps et a manqué forcément de quelques-uns de ces caractères.

Nous proposons dès lors de diviser les éruptions consécutives aux affections chirurgicales en deux grandes classes principales au point de vue pathogénique, les unes d'origine nerveuse, les autres d'origine sanguine, les premières étant représentées particulièrement par l'herpès, les autres par les différentes manifestations cutanées de l'arthritisme.

D'après nos observations, nous croyons pouvoir dès maintenant proposer la classification suivante des éruptions consécutives aux lésions traumatiques :

1° Éruptions liées aux lésions des nerfs;

2° Éruptions diathésiques provoquées par le traumatisme;

3° Éruptions diathésiques provoquées par une complication du traumatisme ;

4° Éruptions liées à la septicémie.

Nous laissons de côté la scarlatine et la rougeole, dont la pathogénie et les rappports avec les éruptions traumatiques ne sont pas très clairs, mais que l'on peut considérer avec Paget comme des affections intercurrentes dont la période d'incubation a été seulement raccourcie par le traumatisme, et dont on peut faire une classe particulière sous le titre de : *Éruptions intercurrentes.*

CONSIDÉRATIONS SUR LE DIAGNOSTIC ET LA VALEUR PRONOSTIQUE DES ÉRUPTIONS CUTANÉES PROVOQUÉES

Nous venons de voir la variété des causes qui peuvent provoquer les éruptions cutanées, et la différence de gravité des affections chirurgicales dans lesquelles se sont manifestées les éruptions. Une question surgit dès lors tout naturellement :

Une éruption survenant dans le cours d'une affection chirurgicale, quelle sera l'issue de celle-ci? — En d'autres termes, une éruption étant donnée, est-ce une éruption d'origine nerveuse, diathésique, ou septicémique?

Une réponse catégorique, précise, est des plus difficiles, comme nous allons le faire voir.

En effet, une éruption herpétique de cause nerveuse peut survenir dans le cours d'une affection qui sera mortelle; on croira à une éruption septicémique en face des symptômes généraux, et à l'autopsie seulement on reconnaîtra la lésion nerveuse.

Ou bien une éruption, chez un sujet diathésique, survenant sous l'influence de la septicémie, peut revêtir le caractère diathésique,

faire admettre un pronostic bénin, et être cependant suivie de mort.

Un traumatisme, léger ou grave, chez un arthritique, peut déterminer une fièvre herpétique, et faire croire à la septicémie lorsque survient l'éruption; à plus forte raison si l'état général est grave et s'il y a des manifestations articulaires. Je rappellerai à ce sujet l'observation XXVIII, où une légère écorchure de la jambe provoqua un pseudo-érysipèle, un rhumatisme généralisé subaigu, simulant les arthrites symptomatiques de la pyohémie, et plusieurs éruptions cutanées ambulantes. Dans ce cas, on porte un pronostic grave, et néanmoins le malade guérit.

Mais ces faits sont l'exception, et en général on peut arriver à reconnaître la nature de l'éruption et établir le pronostic. Il faut pour cela tenir compte de plusieurs éléments. Examinons en premier lieu les caractères de l'éruption.

Indices tirés des caractères de l'éruption. — Le résumé de nos observations donne les résultats suivants :

Urticaire. 8 cas. — 3 guérisons, 5 morts.

Ecthyma. 3 cas. — 3 guérisons.

Psoriasis. 3 cas. — 1 guérison, 2 morts.

Eczéma. 4 cas. — 4 guérisons.

Herpès. Presque toujours consécutif à une lésion nerveuse dont il suit la destinée. Dans les autres cas, pronostic très variable.

Zona. 3 cas. — 2 nerveux, 1 chez un rhumatisant syphilitique. Guérison.

Érythème. Simple : 2 cas. — 2 morts.
Papuleux : 3 cas. — 3 guérisons.
Circiné : 1 cas. — 1 mort.

Prurigo. 1 cas. Guérison.

Impétigo. 1 cas. Guérison.

Conclusions. — L'urticaire, le psoriasis, l'herpès, l'érythème simple ou circiné ayant été suivis de mort, doivent toujours engager le chirurgien à se tenir sur la réserve.

L'ecthyma, l'eczéma, l'érythème papuleux et l'impétigo indiquent presque toujours que l'affection chirurgicale qui leur a donné lieu a atteint un rhumatisant, quelquefois un syphilitique.

L'herpès et le zona sont presque toujours des indices d'une lésion nerveuse.

Enfin, certaines éruptions de taches brunes, rouges, de pété-

chies, sans caractères bien déterminés, comme celles qui ont été signalées par Civiale, Champouillon, Verneuil, et qui ont été mortelles, peuvent être considérées comme indices d'un pronostic grave.

Nous en dirons autant d'une éruption varioliforme signalée par M. Verneuil (voy. obs. III).

Indices tirés de l'état général concomitant. — Cet état général peut être bénin ou grave. Si l'état général est bon, si l'éruption, quelle qu'elle soit, succède à une légère poussée fébrile qui disparaît avec l'éruption, on peut diagnostiquer une éruption bénigne qui sera une manifestation rhumatoïde quelconque. Dans certains cas, chez des rhumatisants avérés, le cortège fébrile est très intense : pouls rapide, température à 40 degrés, soif vive, perte d'appétit; mais tout cela disparaît au bout d'un ou deux jours.

Mais si l'état général est grave, si les symptômes ordinaires de la pyohémie ou de la septicémie sont observés, en particulier les variations de la température, si l'éruption se montre quelques jours après l'apparition des symptômes graves, sans les modifier en aucune façon, si l'état de la plaie est mauvais, bourgeons flasques, gros, grisâtres, suppuration ichoreuse, fétide, on peut affirmer que le pronostic est des plus graves. M. Verneuil n'a pas vu de malade guérir à la suite d'une éruption se manifestant dans ces circonstances, que ce fut ou non chez un diathésique.

Conclusions. — L'urticaire, le psoriasis, l'herpès, qui ont été parfois suivis de mort, peuvent faire porter un pronostic favorable si les symptômes généraux concomitants ne sont pas graves, s'ils précèdent immédiatement l'éruption et disparaissent peu après son invasion.

Si ces mêmes éruptions s'accompagnent des phénomènes généraux graves décrits plus haut, l'issue est presque toujours fatale.

Indices tirés de l'état général antérieur. — L'interrogation du malade, en nous révélant les accidents dont il a été atteint antérieurement, peut être très utile pour nous apprendre la nature de l'éruption que nous avons sous les yeux, et jusqu'à un certain point, quel sera le pronostic. Mais il ne faudrait pas trop compter sur cette source d'information.

On sait en effet avec quelle ténacité les syphilitiques nient tout antécédent vénérien; les rhumatisants ne sont pas plus faciles à découvrir, comme nous l'ont montré maintes observations rapportées

par M. Verneuil dans les travaux que nous avons cités plus haut. Les sujets qui n'ont pas eu d'accidents depuis longtemps les ont pour la plupart oubliés; ou bien ils ne connaissent même pas le mot *rhumatisme*, traduit très souvent par eux par le terme *maladie de nerfs;* d'autres, enfin n'ont jamais eu de manifestations arthritiques. Nous insistons sur toutes ces difficultés pratiques, pour bien faire ressortir avec quelle minutie, avec quel luxe d'interrogations il faut questionner les sujets pour arriver à une connaissance à peu près satisfaisante de ses antécédents.

Mais quand on sait au juste que le malade est un syphilitique ou un arthritique, on n'est pas encore en mesure de dire quelle sera l'éruption. Nous n'en voulons donner pour preuve que l'observation XXIV où une rhumatisante syphilitique fut atteinte d'un superbe zona après avoir eu des frissons. On aurait pu s'attendre à voir des ulcérations consécutives aux vésicules du zona prendre les caractères syphilitiques; mais il n'en fut rien. Nous ferons remarquer toutefois que deux diathèses en possession d'un sujet peuvent très bien évoluer sans s'influencer l'une l'autre, comme l'a démontré sir James Paget dans son ouvrage déjà cité.

Pour le moment, comme nous avons des exemples bien nets d'éruptions arthritiques après une lésion traumatique, et d'éruptions syphilitiques apparaissant dans les mêmes circonstances chez des sujets atteints de syphilis, nous croyons pouvoir dire que la connaissance des antécédents arthritiques ou syphilitiques des malades pourra être d'un grand secours pour établir la nature de l'éruption et le pronostic de l'affection chirurgicale qu'elle accompagne.

Nous ne dirons que quelques mots sur le siège de l'éruption et les caractères de la plaie.

L'éruption en effet, n'a de siège précis en rapport avec le traumatisme que dans certains cas de lésions nerveuses. Lors donc qu'une éruption d'herpès ou de zona, précédée ou accompagnée de névral gies, aura lieu, on pourra facilement en reconnaître la nature.

Ajoutons cependant que les manifestations arthritiques siègent de préférence sur les parties découvertes.

La plaie présente souvent des caractères qui à eux seuls suffisent à faire à reconnaître la nature de l'éruption. Elle est le siège d'une hyperesthésie des plus marquées, continue ou intermittente; le contact des pièces de pansement, quelquefois du froid, dans d'autres cas du chaud, est insupportable. La membrane granuleuse est manifestement congestionnée; elle présente quelquefois des ecchymoses ou même de petites hémorrhagies et parfois des battements

à chaque systole cardiaque; elle a quelquefois l'aspect d'une véritable pseudo-membrane, que M. Verneuil pense être ce que Robert a décrit sous le nom de *diphthérite des plaies*. Quelques heures après l'invasion de ces symptômes apparaît l'éruption, qui est presque toujours de l'herpès.

CONCLUSIONS

1. Les éruptions cutanées qui apparaissent dans le cours des affections chirurgicales (lésions traumatiques et complications graves) revêtent les caractères des dermatoses spontanées.

2. Au point de vue pathogénique, on peut attribuer à ces éruptions une origine nerveuse et une origine sanguine.

3. Les altérations du sang qui donnent lieu aux éruptions sont aiguës (affections septicémiques : septicémie proprement dite, pyohémie, intoxication urineuse, anthrax, etc.) ou chroniques (arthritisme et syphilis).

4. Les éruptions scarlatiniformes doivent être, jusqu'à nouvel ordre, considérées comme des affections intercurrentes dont la période d'incubation a été seulement abrégée par le traumatisme.

5° On peut dire, en tenant soigneusement compte de l'état général concomitant, des antécédents pathologiques du blessé, du siège de la dermatose et des caractères de la plaie :

a. Qu'une éruption apparaissant chez un sujet atteint d'une affection chirurgicale, à appareil fébrile très intense et durant depuis plusieurs jours, avec des variations thermométriques très grandes d'une exploration à l'autre et un état général mauvais, revêtant les caractères de l'urticaire, du psoriasis, de l'érythème simple ou circiné, ou des caractères indéterminés, — est de nature septicémique, et annonce la mort;

b. Qu'une éruption à caractères déterminés, survenant sans phénomènes généraux intenses, ou avec une fièvre de courte durée, chez un arthritique, — est de nature arthritique et indique généralement un pronostic bénin;

c. Qu'une éruption à caractères déterminés, survenant dans les conditions précédentes chez un syphilitique, — est souvent de nature syphilitique et se comporte alors comme les syphilides;

d. Qu'une éruption d'herpès survenant à la suite d'une lésion nerveuse n'a aucune influence sur le pronostic de cette lésion.

APPENDICE

Nous avons déjà signalé dans les travaux précédents quelques lacunes relatives à la question des éruptions cutanées chirurgicales. Avant de terminer ce chapitre, nous donnerons encore l'analyse d'un certain nombre de notes sur ce sujet.

Dans son *Traité de médecine pratique*, Piorry mentionne à diverses reprises les éruptions septicémiques de la région sacrée, dont il donne la description suivante[1] :

« La peau est très souvent le siège d'une dermite spéciale qui paraît vers le début des affections septicémiques et qui, fort distincte des pétéchies et des hémorrhagies, a été à peine indiqué.....

» Dans la plupart des cas d'entérite septicémique, il se déclare au siège, sur la peau qui recouvre le sacrum et l'os des îles, des *boutons*, constitués par des papules, souvent surmontées d'une vésicule dont le diamètre est de deux à cinq millimètres; tantôt discrètes, tantôt confluentes, ces petites tumeurs finissent quelquefois par s'ulcérer; la pression, les frottements, produisent cet effet. Trop souvent, dans la septicémie confirmée, ces derniers sont le siège de nécrosies qui s'étendent bientôt au loin à la manière du charbon et de la pustule maligne[2].

» C'est très probablement à la septicémie, *comme cause générale*, au contact des fèces et de l'urine, ainsi qu'au ralentissement de la circulation du sang, à la pression de la peau dans le coucher sur le dos, comme causes locales, qu'il faut rapporter la mortification des petites ulcérations de la région sacrée. Des taches noires, des vési-

1. Piorry, *Traité de médecine pratique*, 1847, t. III, p. 518, § 4709.

2. Quand on a eu le tort d'appliquer des sangsues à l'anus, leurs morsures sont souvent le siège primitif de la nécrosie (Piorry).

cules contenant un liquide sanieux et brunâtre, annoncent les nécrosies dangereuses.

» L'éruption dont il s'agit se montre souvent vers d'autres points de la peau : au dos, à la poitrine, etc. ; mais elle est loin d'y suivre la même marche, d'y avoir la même gravité et même d'y être aussi confluente. Sur le derme qui recouvre les trochanters, on la voit fréquemment suivie d'escharres.

» La dermopathie que nous décrivons ici n'est pas le résultat de la simple pression en rapport avec le poids du corps, car nous ne l'avons pas rencontrée avec les mêmes caractères sur les malades qui n'étaient pas atteints d'affections septicémiques. »

Nous avons observé récemment une éruption analogue chez une opérée arthritique, mais cette éruption n'eut pas les caractères de gravité, que Piorry reconnaissait aux dermatoses de la fièvre typhoïde.

Extirpation du sein. — Éruption cutanée de la région sacro-coccygienne. — Rhumatisme articulaire. — Guérison.

Léontine D., quarante-deux ans; mère rhumatisante, elle-même hystérique dans sa jeunesse et atteinte de rhumatisme articulaire aigu il y a quinze ans. Elle entre à la Pitié le 20 novembre 1884 pour un cancer du sein droit, paru deux moins auparavant et à marche rapide.

Le 5 décembre, ablation totale et large de la mamelle et de la peau qui la recouvre. Extirpation de tous les ganglions de l'aisselle ; pansement antiseptique ouvert. Bien que l'état de la plaie reste toujours satisfaisant, la température pendant les premiers jours est un peu élevée.

5 décembre	matin	37°,2	soir 38°,2
6		37°,8	38°,2
7		37°,6	38°,2
8		38°	38°,5
9		38°,2	38°,6
10		37°,2	39°

Nous ne reconnûmes que le troisième jour la cause de cette élévation. La malade nous raconta que le soir même de l'opération, à la suite de sueurs profuses, elle avait éprouvé du côté du siège une sensation vive de brûlure et de cuisson, qu'elle avait supportée, pensant qu'elle ne devait faire aucun mouvement, mais qui l'avait, durant deux nuits et deux jours, entièrement privée de sommeil.

Le 7, elle en avait parlé à la surveillante qui avait appliqué de la poudre d'amidon et nous avait soumis le cas le lendemain 8. Ce matin là, nous vîmes la région du siège occupé, dans l'étendue de la main, par une éruption confluente telle qu'elle a été décrite autrefois par Piorry dans la fièvre typhoïde, et telle que je l'ai moi-même indiquée au point de vue anatomique, dans mes recherches sur l'hydradénite.

Je prescrivis des lotions phéniquées et la continuation de la poudre d'amidon, mais sans espérer juguler cette dermatose, car il y avait bien au moins une quarantaine de petits abcès quasi microscopiques. Néanmoins ces mesures et surtout le décubitus sur une alèse de caoutchouc, amenèrent un grand soulagement et le 10 au matin, la fièvre tombait à 37°,2. A la vérité, une nouvelle complication surgissait aussitôt, sous forme d'une douleur articulaire intense dans les épaules, et le soir même le thermomètre remontait à 39°.

Le 11, pensant à un réveil de rhumatisme, j'administrai sur le champ le salicylate de soude à la dose de trois grammes, et en trois jours douleurs articulaires et fièvre disparurent. A partir du 13, le thermomètre oscilla entre 37° et 37°,4 jusqu'à la fin de la cure.

En 1860, sir James Paget avait déjà signalé l'éruption pyohémique dans un cas de ligature de la sous-clavière pour un anévrysme de l'axillaire, terminé par la mort[1].

En 1863, M. Harrinson[2], de Reading (Angleterre) fit à la Société pathologique de cette ville une intéressante communication sur un cas de mort rapide chez un homme de soixante ans, survenue trois jours après une chute dans laquelle il fut atteint de luxation compliquée de la phalangette du pouce. Deux jours après la blessure, gangrène du pouce, puis de la main ; le troisième jour, rash scarlatineux, sans angine, sur le devant de la poitrine et la face interne des bras. Mort dans l'après-midi. Autopsie incomplète, on n'examina que le cœur.

M. J. Hutchinson, appelé à faire un rapport médico-légal sur ce cas, pensa, comme l'auteur de l'observation, que le malade avait été atteint non d'une scarlatine, mais d'un rash scarlatinoïde, dû à l'intoxication du sang par les produits septiques provenant de la

1. J. Paget, *Clin. chir.*, trad. franç., p. 223.

2. Harrinson, *Anomalous case. Death from Shock? or from Pyœmia?* in *Brit. Med. Journ.*, 1863, vol. II, p. 633.

gangrène du pouce[1]. L'âge du patient, le peu d'étendue de l'éruption, l'absence d'angine et l'aspect de la langue, enfin la rapidité de la mort, telles étaient les preuves qu'il donnait à l'appui de son opinion.

L'année suivante, M. Harrinson envoyait au même journal un autre cas d'éruption pyohémique, recueilli par M. Butler, chirurgien de l'hôpital de Winchester.

Plaie du pied par arme à feu; pyohémie; rash érythémateux sur tout le corps. — Mort[2].

M. S. volontaire, tempérament sanguin, santé robuste, reçoit le 2 juillet 1863, à bout portant, un coup de feu dont la balle traverse la seconde phalange du quatrième orteil, qu'elle fait éclater. Ablation immédiate de l'orteil; retour du blessé chez lui, à 17 milles de là. Repos au lit, pansement à l'eau. Tout va bien pendant quelques jours; mais dans la soirée du 8, M. Butler le trouve dans une prostration extrême; grande anxiété; pouls petit et faible; abdomen tendu, tympanique; hoquet, langue sèche; diarrhée, vomissements; urine chargée et très colorée.

L'orteil sphacélé est très fétide, mais ni enflammé ni douloureux au toucher; pas de tuméfaction du pied, pas de signe de lymphangite ou de phlébite. Toute la surface du corps était couverte d'un rash semblable à la scarlatine, mais pas d'angine ni de fièvre scarlatine dans le voisinage.

On diagnostique une pyohémie, et on prescrit de l'eau-de-vie, du champagne à volonté, des œufs, du thé de bœuf, des lavements d'eau-de-vie, l'exposition au grand air, et des pansements avec la solution de Condy. Le cathétérisme ramène une quantité considérable d'urine très foncée.

Amélioration les jours suivants; la tympanite disparaît, le hoquet, les vomissements diminuent; la plaie prend meilleur aspect, et tout faisait espérer que les forces vitales suffiraient à rejeter le poison du sang lorsque le 12, dans l'après-midi, survint une diarrhée violente qui résista à tous les moyens et entraîna rapidement la mort.

La peau conserva son aspect rougeâtre, quoique plus foncé, jusque dans les derniers moments.

En publiant son premier cas, M. Harrinson demandait à ses

1. *Brit. Med. Journ.*, 1864, vol. II, p. 390.
2. Harrinson, *Brit. Med. journ.* 1864, vol. II, p. 373.

confrères de lui faire savoir s'ils avaient rencontré des faits analogues.

M. Samuel Wilks répondit qu'il avait vu souvent des éruptions à la suite des opérations chirurgicales. Dans les cas de pyohémie ou d'autres empoisonnements du sang, les éruptions ressemblent en général à l'érythème ou à la roséole, tandis que le rash scarlatiniforme apparaît vite après l'opération et avant tout symptôme de pyohémie.

M. George May envoya à ce propos le fait suivant[1] :

Plaie du cuir chevelu, suivi par un rash scarlatineux. Pyohémie probable.

H. R., dix ans, tombe le 27 août 1864 sur l'occiput; plaie d'environ un pouce de long. Occlusion avec des bandelettes agglutinatives; guérison parfaite en apparence six jours après, mais douleur vive à la nuque. Le lendemain, fièvre intense, rash scarlatineux sans angine. On ouvre la plaie qui laisse échapper du pus fétide. Le rash dure quelques jours, puis desquamation et guérison progressive.

Le 24 septembre, la fièvre reparaît; le 26, douleur vive dans le pied gauche; station debout impossible.

Le 27 septembre, l'enfant est pâle et faible, pouls fréquent, peau encore rugueuse et en voie de desquamation; les ganglions du côté gauche du cou sont gonflés et douloureux; grande sensibilité à la pression sur les os du tarse, mais pas de gonflement. La maladie fut attribuée à la scarlatine, mais il n'y en avait aucun cas dans le voisinage; elle était due plus probablement à l'absorption de substance toxique venant de la plaie et à ce que l'enfant était menacé d'abcès secondaire.

En 1878, M. G. May, voulant établir le diagnostic différentiel entre le rash de la septicémie[2] et celui de la scarlatine, rappella le cas précédent et ajouta que l'éruption signalée dans ce dernier avait été interprétée par l'auteur de l'article Scarlatina de l'*Encyclopédie* de Ziemmsen comme scarlatine, peut-être parce qu'il avait omis de dire que les ganglions affectés étaient situés à la partie postérieure du cou, en rapport avec les vaisseaux partant de la plaie, et non ceux qui s'hypertrophient dans l'angine scarlatineuse (qui ici n'existait pas du reste).

Dans son nouvel article, M. May rapporte deux cas récents de

1. *Brit. Med. Journ.*, 8 oct. 1864, vol. II, p. 428.

2. May, *Does septicæmia occasionnaly simulate scarlatina?* in *Brit. Med. Journ.*, 21 déc. 1878, vol. II, p. 919.

rash scarlatinoïde consécutif à des blessures d'origine septique et différents de la scarlatine, pensait-il, car il y eut lymphangite et adénite concomitantes. Il pensait alors que le diagnostic différentiel pouvait être établi d'après : l'aspect de l'éruption, qui n'est pas celui de la scarlatine ; — l'absence de rougeur de la langue et de la gorge ; le défaut de contagion pour les autres malades ; la présence d'une lymphangite sous les plaques épidermiques après la desquamation.

Mais dans une note postérieure[1], il revint sur cette opinion, parce que ses deux opérés contagionnèrent d'autres personnes, malades ou non, qui furent atteintes de la scarlatine. Il avoua donc que ses malades avaient eu cette affection, et reconnut que le diagnostic différentiel des rash scarlatineux et septicémique n'était pas aussi facile à faire qu'il le pensait tout d'abord.

En 1870, la *Lancette anglaise* rapporta un fait recueilli dans le service de M. Anstie[2], à l'hôpital de Westminster, fait qui lui parut intéressant par l'absence de plaie externe pouvant expliquer l'apparition de la pyohémie, par un ensemble de symptômes insidieux ayant fait croire à un rhumatisme articulaire ; enfin par l'éruption cutanée, assez semblable au début à la variole et qui survint dans le cours de cette complication.

Femme de vingt ans, domestique, grande, robuste, saine en apparence, entrée le 10 septembre, pour des douleurs dans les jointures depuis plusieurs jours. Température 38°,5. Ecchymose de la paupière gauche. On la traita d'abord pour un rhumatisme. Thé de bœuf, lait, acétate et bicarbonate de potasse, poudre de Dower, etc.

Le 12, l'état s'aggrave ; deux taches rouges sur la joue droite. Température 39°.

Le 13, nombreuses bulles et pustules, à divers degrés de développement, sur toute la face et le tronc. Insomnie et frisson la nuit précédente. Température 40° ; odeur de malade, langue très saburrale ; douleurs dans les jointures, genou gauche très tuméfié ; rougeur inflammatoire sur le dos de la main droite ; une plus petite sur le cou-de-pied gauche. Selles involontaires très jaunes et très fétides. Sherry, quinine, aucun effet ; délire toute la nuit.

Le lendemain matin, les pustules et les bulles étaient encore

1. *Brit. Med. Journ.*, 4 janvier 1879, vol. I, p. 11.
2. Anstie, *Pyœmia with singular eruptive symptoms*, in *The Lancet*, 22 janv. 1870, p. 117.

plus nombreuses; langue sèche, noirâtre, lèvres et langue couvertes de fuliginosités. Mort.

Infarctus dans les poumons; reins gros, congestionnés; cœur et estomac sains; pus dans le genou gauche et le dos de la main.

En 1874, M. le professeur Duplay a publié dans les *Archives* une très intéressante observation dont voici le résumé[1].

Érysipèle phlegmoneux du membre supérieur. — Pyohémie. Éruption scarlatiniforme généralisée.

B..., quarante-huit ans; bonne santé habituelle; ni syphilis ni alcoolisme; le 12 septembre 1874, sans cause connue, début d'un érysipèle à la face dorsale de la main; envahissement rapide du membre supérieur, limité le 23 septembre. Mais alors signes d'un phlegmon diffus. Assoupissement, subdélirium. Le 24, incision à la face dorsale de la main et de l'avant-bras; nouvelles incisions le 26.

A partir du 23, éruption, sur divers points du corps, de plaques rougeâtres, semblables à la scarlatine; elles ont en général les dimensions d'une pièce de 50 centimes, et en forment de plus grandes par la réunion de plusieurs d'entre elles. A la périphérie, la plaque simple est très légèrement rosée et se termine par une sorte de bourrelet qui rappelle en miniature celui des plaques d'érysipèle. Au voisinage du point central existe une zone plus rouge, plus foncée; tout à fait au centre, enfin, point blanchâtre quelquefois très légèrement saillant, qui donne à l'éruption, dans certaines régions, un aspect boutonneux. Les plaques isolées occupent les parois thoraciques et abdominales; sur les régions inguino-crurales, à la face interne des cuisses et à la racine du membre supérieur sain, les plaques sont réunies par leur périphérie; elles forment de larges plaques dans lesquelles on peut encore reconnaître la tache primitive, sa zone rouge et son point central blanchâtre restant encore isolés et distincts. Dans d'autres régions, les fesses, les lombes, le dos, la nuque, le scrotum et la verge, la confluence est complète; les zones rouges s'unissent les unes aux autres et constituent de vastes plaques dans lesquelles se distingue un piqueté blanchâtre irrégulièrement disposé. Toutes ces plaques, isolées ou confluentes, ont la rougeur, la consistance œdémateuse, le bourrelet périphérique saillant de l'érysipèle, et en outre le piqueté blanchâtre; dans leur apparition, on observe

1. Duplay, *Archives générales de méd.*, 1874, 6e sér., vol. XXIV, p. 748.

successivement le soulèvement de la peau, la rougeur et la papule blanchâtre, qui annonce la desquamation. Au début, l'éruption ressemble à une plaque d'urticaire, un peu plus tard à une plaque d'érysipèle et enfin à l'éruption scarlatineuse.

Le 28, l'éruption continue, puis elle s'arrête le 29; nouvelles incisions au bras; température, 37°. Pas d'albumine dans l'urine. Le 29, frisson. Température du soir, 39°; pouls 120.

Le 1er octobre, diarrhée; le 2, desquamation, œdème des jambes; le 3, décollements considérables, on retire de vastes lambeaux de tissu cellulaire; le 4, second frisson, température 39°9. Le 5, la suppuration se tarit, le bras s'affaisse; les plaies ne bourgeonnent plus; toux, diarrhée, nausées, 38°; le 6, 39° et 40°; râles sous-crépitants; le 7, 39°,2; plaques de sphacèle à la main et à l'avant-bras; le 8, escharres aux malléoles internes, hémorrhagie. Mort. Pas d'autopsie.

M. Duplay pense que l'éruption cutanée, comme celles qui ont été décrites par P.-M. Braidwood et par moi, est liée à la pyohémie et peut servir à porter le diagnostic de cette complication.

Quelques mois auparavant, M. Duplay avait déjà publié dans les *Archives* (n° de juillet, même volume, p. 88) un autre fait dans lequel l'éruption cutanée, absolument semblable à celle du cas précédent, ne fut que notée. Il s'agissait de la réduction en masse d'une hernie inguinale étranglée, avec persistance de l'étranglement; M. Duplay pratiqua la kélotomie et put, avec de grandes difficultés toutefois, lever l'étranglement; mais ensuite apparut un phlegmon diffus de la paroi abdominale avec décollement étendu, et symptômes manifestes d'infection purulente, au cours de laquelle apparut l'éruption cutanée. Cette fois, celle-ci ne fut pas l'indice d'un pronostic aussi grave que dans le premier cas, puisque le malade finit par guérir.

J'ai retrouvé dans mes dossiers deux notes qui démontrent encore la bénignité des éruptions cutanées chirurgicales dans certains cas.

Abcès nécrosique du tibia. — Poussée d'urticaire. — Guérison.

Constitution chétive; enfant peu développé pour son âge, n'a jamais présenté dans son enfance de manifestations scrofuleuses. Il y a cinq ans, contusion de la jambe droite dans une chute : ostéo-périostite du tibia au tiers supérieur, suppuration pendant cinq

mois; expulsion spontanée de plusieurs séquestres; guérison apparente.

L'enfant reprit ses occupations et put s'y livrer sans jamais les interrompre, jusqu'à la semaine dernière : le jeudi 19, sans cause connue, sans contusion, ni refroidissement, il éprouva une vive douleur dans la jambe droite au niveau de sa lésion ancienne et fut pris de fièvre avec frissons irréguliers. Au moment de l'entrée, le 24, abcès à la partie supérieure et interne de la jambe gauche; peu de rougeur à la peau.

L'abcès est ouvert le 27; suppuration abondante, de bonne nature.

28. État général bon; grand soulagement.

29 matin. Le malade est couvert d'une éruption généralisée d'urticaire, sur le tronc et les membres ; conjonctives rouges et injectées ; yeux larmoyants.

Pas de malaise; peu de démangeaisons, appétit. T. A. 36°,5.

(Le malade a mangé hier soir à son dîner du merlan).

29 soir. L'éruption a un peu diminué; cependant, elle est encore très apparente. T. A. 37°,4.

30 matin. Il n'y a plus de traces de l'éruption. État général excellent, 36°,5.

La suppuration de l'abcès a beaucoup diminué; depuis hier on constate dans les points recouverts par le cataplasme une éruption confluante de petites vésicules, véritable eczéma artificiel.

Abcès de la région temporo-maxillaire. — Drainage. — Érythème circiné. — Guérison.

Defer, Victorine, quarante-sept ans, marchande des quatre saisons, entrée à la Pitié, salle Sainte-Augustine, n° 19, le 11 février 1874.

La malade ne se rappelle pas avoir eu d'autres maladies que des névralgies dans la tête, névralgies dont elle souffre, dit-elle, depuis vingt ans, et qui siègent tantôt à droite, tantôt à gauche. Ces douleurs devinrent de plus en plus fréquentes avec l'âge, elles revenaient tous les mois, puis tous les quinze jours.

Au mois de juin 1873, très vives douleurs dans la région temporale droite, et de même nature que les névralgies précédentes ; elles persistèrent jusqu'en septembre 1873. En même temps, la région malade devint dure et tuméfiée. Difficulté à ouvrir la bouche.

Au mois de septembre, les douleurs et la tuméfaction disparurent.

Mais, après un mois de répit, les douleurs se firent sentir de

nouveau et le gonflement de la région temporale se reproduisit.

Les mouvements de la mâchoire inférieure devenaient de plus en plus difficiles.

Pas de syphilis antérieure.

État actuel. La fosse temporale droite est le siège de douleurs et d'une tumeur fluctuante, surtout à la partie supérieure et postéro-inférieure, en arrière du pavillon de l'oreille. En ces deux points, la peau est rouge. Toutes les parties voisines sont le siège d'un empâtement assez considérable.

Le 24 février, après chloroformisation, on passe dans la collection purulente un drain dont on fait sortir les bouts par les deux points les plus fluctuants de la tumeur.

Chaque jour, on fait dans le tube de caoutchouc des injections avec :

Liqueur de Labarraque.....	1 partie
Eau.....	5 parties

La malade devait avoir ses règles le lendemain de l'opération. Or, les règles n'étaient pas venues encore le 21 mars.

Le lendemain de l'opération, et même pendant la nuit qui suivit, la malade éprouva une sensation très désagréable de démangeaison sur les bras. On put observer alors une éruption de taches rouges, légèrement saillantes et qui couvraient l'avant-bras. Ces taches s'étendirent au bras et à l'épaule. Puis des taches semblables se produisirent sur les cuisses et les jambes.

25 mars. Il reste sur les bras des taches rouges en forme d'anneaux assez semblables à l'herpès circiné. La grandeur de ces anneaux est très variable. Les douleurs névralgiques n'ont pas cessé, mais elles ont un peu diminué.

La guérison de l'abcès survint sans autre incident.

Quelques semaines après la thèse de M. Tremblez, M. Cousset soutenait la sienne sur le même sujet[1], sous la présidence de M. Gosselin.

Nous trouvons dans ce travail, outre les faits signalés précédemment par M. Tremblez et par moi, plusieurs observations recueillies,

1. Cousset, *Contr. à l'étude d'éruptions cutanées dans les maladies chirurgicales.* Thèse de Paris, 11 août 1876, n° 399.

dans le service de Demarquay, ou empruntées à divers travaux : Bœckel, *De la périostite phlegmoneuse*, Paris, 1870. — Culot, *De l'inflammation primitive de la moelle des os*, Th. de Paris, 1872. — Chassaignac, *Traité de la suppuration et du drainage chirurgical*, vol. I, p. 477. — Il s'agit dans ces observations d'éruptions diverses, surtout de purpura, ayant précédé ou accompagné l'infection purulente. Dans quelques cas la pyohémie n'existait point.

L'auteur pense que ces éruptions accompagnent : 1° certains états généraux graves; 2° la pyohémie ; — mais qu'elles n'offrent pas de caractères généraux qui permettent de les différencier. Toute éruption survenant dans le cours d'une affection chirurgicale, à l'exception de l'herpès et quelquefois de l'urticaire, dans le traumatisme peu sérieux, indique que les malades sont en péril ; elle doit faire redouter l'infection putride ou purulente. Enfin les éruptions qui se manifestent dans le cours de la pyohémie annoncent un pronostic fatal.

En 1877, mon ancien élève et ami, M. Terrillon, publiait aussi un fait très remarquable d'éruption scarlatiniforme survenue à la suite de brûlures étendues du dos et du bras, et suivies d'infection purulente [1].

M. Terrillon conclut de ce fait et de ceux qui ont été signalés précédemment, qu'on peut « avec M. Verneuil et plusieurs autres auteurs, énoncer ce principe presque absolu : Toutes les fois que, après une opération chirurgicale ou une lésion traumatique, on voit apparaître un rash scarlatineux étendu ou une éruption scarlatiniforme généralisée, il faut craindre la pyohémie. — Toutes les fois que, après un frisson, même très léger, survenant chez un blessé ou un opéré, on constate l'apparition de cette éruption, on peut affirmer que l'infection purulente est déclarée d'une façon suffisamment certaine pour pouvoir porter un pronostic fatal. »

En 1878, M. Th. Bryant notait, à l'autopsie d'un malade mort

1. *Note et observation pour servir à l'histoire des éruptions cutanées dans le cours des affections septicémiques chirurgicales*, in *France médicale*, 1877, p. 369.

— Comme on l'a déjà vu dans la thèse de M. Th. Tremblez, mon opinion relativement à la gravité du pronostic des éruptions chirurgicales n'est plus aussi absolue qu'à l'époque où je publiai ma première note, et depuis lors j'ai encore observé de nombreux cas de guérison malgré l'apparition d'éruptions cutanées à la suite d'opérations chirurgicales ou de lésions traumatiques. — A. V. 1885.

de pyohémie à la suite d'une amputation de la jambe, une éruption de pustules couvrant la peau; en outre, une phlébite suppurée de la veine poplitée, bien que la compression hémostatique ait été faite avec la bande d'Esmarch, une arthrite suppurée des deux épaules et d'une articulation costo-sternale, un phlegmon des deux yeux. Tous les viscères étaient sains; cependant l'urine avait présenté une certaine quantité d'albumine (*The Lancet*, 1860, vol. I, p. 900).

La publication de ce fait suscita celle de deux autres cas du même genre, mais plus détaillés, par M. Cameron, de Glascow.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme atteinte d'anthrax de la lèvre inférieure. Deux jours avant la mort, les jambes et les bras se couvrirent d'une éruption de vésicules très petites, analogues à des sudamina; en même temps apparurent dans les mêmes régions de nombreuses petites taches purpurines ou hémorrhagiques ne disparaissant pas à la pression. Bientôt le contenu de ces vésicules, qui était limpide, devint çà et là purulent, et enfin, probablement par la réunion de plusieurs en une seule, elles formèrent des pustules de volume considérable en certains points. Avant la mort, le corps, les jambes et les bras étaient couverts d'une éruption principalement pustuleuse, mais çà et là de vésicules récentes, disséminées irrégulièrement.

A l'autopsie, pus dans les veines des lèvres et du menton, pleurésie double; infarctus dans les poumons et les reins; rien dans les autres viscères.

Dans le second cas, une petite fille d'environ dix ans, atteinte d'ostéo-périostite du tibia et de pyohémie consécutive, présenta la veille de sa mort une éruption généralisée analogue à celle de l'observation précédente; d'abord vésiculeuse, elle devint bientôt pustuleuse et avant la mort le corps était couvert de pustules de volume variant d'une tête d'épingle à un pois. A l'autopsie, infarctus dans le cœur, nombreux petits abcès dans les reins; hypertrophie et congestion des glandes isolées de l'intestin grêle, qui avaient le volume d'une tête d'épingle.

M. Cameron[1] pense que dans ces deux cas l'éruption pustuleuse de la peau était probablement le résultat d'infarctus survenus dans les capillaires. Son assistant, le Dr Foulis, qui partage cette opinion, lui a dit avoir vu des pustules ayant la même origine sur la muqueuse intestinale.

1. H. C. Cameron, *On the ocurrence of a pustular cutaneous eruption in pyæmic cases*, in *The Lancet*, 1878, vol. II, p. 65.

M. Comegys Paul est d'avis, comme Tremblez en 1870, que les éruptions pustuleuses sont assez communes dans la pyohémie, et que de plus elles constituent un signe avant-coureur d'une mort prochaine. Les cas publiés jusqu'alors avaient, d'après lui, peut-être plus d'intérêt que de valeur, sauf toutefois que les pustules peuvent avoir une certaine importance dans le diagnostic des affections accompagnées d'épanchement dans les jointures; car alors elles peuvent empêcher de prendre une pyohémie pour un rhumatisme articulaire lorsque d'autres symptômes graves ne sont point suffisamment marqués, et en l'absence de traumatisme[1].

Il rapporte à ce sujet le fait suivant.

G. R... vingt-six ans, nègre, robuste, très musclé, atteint d'inflammation érysipélateuse du pénis et du scrotum, sans cause appréciable. Le lendemain, frisson, pouls faible, malaise. Le troisième jour, tuméfaction et douleur dans les deux coudes; vésicules et bulles sur les cuisses, l'abdomen et les bras. Le quatrième jour, température 39°,5; beaucoup de bulles se transforment en pustules. En même temps, disparition de l'érysipèle, délire, prostration excessive.

L'épanchement articulaire augmente, et la douleur, provoquée par le moindre mouvement, semble pour un moment rappeler la connaissance. Pustules plus ou moins nombreuses dans toutes les parties du corps, à divers degrés de développement. Mort le cinquième jour.

Autopsie : Abcès métastatiques dans les poumons et le foie; liquide floconneux, puriforme dans les coudes. Les autres organes non examinés.

En 1878, parut la thèse de doctorat de M. Aulas *sur les éruptions septicémiques*[2]. L'auteur rapproche des éruptions observées après les affections chirurgicales celles qui se montrent dans toutes les septicémies. Pour lui, ces éruptions, qu'elles se manifestent chez les femmes en couches, chez les hommes présentant des affections graves des voies urinaires ou chez tout autre malade *qui fait du pus* dans quelque partie de l'organisme, ne doivent pas être séparées au point de vue pathogénique. Il pense qu'elles sont le résultat d'un véritable empoisonnement du sang par le poison septique ou par le pus. En général elles sont d'un fâcheux augure, mais M. Aulas

1. Comegys Paul, *Pustular eruption in pyœmia*, in *Philadelphia med. Times*, 23 novembre 1878, vol. IX, p. 80.
2. Aulas, *Th. de doct.*, Paris, 1878, n° 81 *bis*.

admet, comme M. Guéniot, la variété érythème simple (exanthème scarlatiniforme) comme étant d'un pronostic relativement bénin.

Aux observations déjà connues, l'auteur en ajoute cinq nouvelles : une recueillie dans le service de M. Fochier : ostéite du tibia et fusées purulentes, urticaire, mort (p. 17); une autre recueillie dans le service de Letiévant : ostéite du fémur, évidement, érythème papulo-vésiculeux, mort (p. 19). Les trois autres sont des cas d'éruptions scarlatiniformes survenues chez des femmes en couches, à la maternité de Lyon, et suivies de guérison (p. 22 et 23). Signalons encore une éruption miliaire dans le cours d'une pleurésie purulente mortelle et restée latente pendant la vie (p. 26).

M. le professeur F. Guyon, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires* (Paris, 1881, p. 447) range les éruptions cutanées qui se montrent au cours de l'empoisonnement urineux et à l'occasion des grands accès répétés, parmi les symptômes de la forme aiguë. Bien qu'il n'ait pas observé de faits de ce genre, il pense, contrairement à Civiale qui les attribuait à la diaphorèse abondante, que ce sont des manifestations du même ordre que celles qui ont le tissu cellulaire et la profondeur des membres pour théâtre; ce sont des complications de la fièvre urineuse, mais non de la pyohémie, que M. Guyon sépare absolument de la première.

QUELQUES POINTS RELATIFS

A L'ÉRYSIPÈLE TRAUMATIQUE

On peut voir par la date des notes qui suivent (1866-1885) que depuis de longues années la question de l'érysipèle m'a préoccupé. Les additions récentes prouveront que je cherche encore à élucider ce sujet.

Il y a dix ou douze ans environ, cette maladie causait aux chirurgiens presque autant de crainte que la pyohémie ; sans doute, elle était moins grave, mais en revanche beaucoup plus commune, et sans compter les cas assez nombreux où elle entraînait la mort, elle compromettait fréquemment le succès des actes chirurgicaux, soit en faisant manquer la réunion immédiate après les ablations de tumeurs et les anaplasties, soit en faisant ajourner des opérations cependant urgentes, parce que les salles de l'hôpital et la ville elle-même étaient, pendant des semaines, des mois même, infectées par le fléau.

Tout le monde se rappelle que le printemps et l'été étaient sous ce rapport particulièrement défavorables aux opérations sanglantes, — que, assez souvent les praticiens prudents devaient en quelque sorte fermer leur trousse et ne faire que la chirurgie d'urgence sous peine d'exposer à la mort des sujets légèrement blessés et n'ayant à subir que des opérations sans importance — certains d'entre nous en étaient arrivés à ne plus oser ouvrir les abcès du sein ; — que la maladie bénigne et sporadique pouvait revêtir avec la forme épidémique une gravité tout à fait exceptionnelle — qu'on voyait alors apparaître en plus grand nombre les variétés anatomiques malignes : érysipèle phlegmoneux, phlegmons érysipélateux ou diffus, lymphangite gangréneuse, etc., qui à certaines époques et pendant de longues

périodes semblaient remplacer l'infection purulente et faisaient presque autant de victimes.

On se souvient aussi que les plus distingués parmi les médecins et les chirurgiens étaient fort divisés sur l'étiologie, la pathogénie et qu'on n'était pas même d'accord sur le siège anatomique primitif. Enfin la même incertitude régnait et malheureusement elle règne encore sur les meilleurs modes de traitement, conséquence naturelle de l'ignorance où l'on était relativement à l'origine et à la nature du mal.

Depuis quelques années, la lumière s'est faite sur beaucoup de points et la question s'est fort simplifiée. L'admission franche de la nature infectieuse et parasitaire, et de l'origine extérieure ou mésologique, a mis facilement d'accord ceux qui voyaient dans l'érysipèle une affection locale et ceux qui le considéraient comme une maladie générale, car c'est en somme une intoxication venue du dehors et qui naturellement est circonscrite au début avant d'envahir l'économie entière.

Pour l'érysipèle comme pour toutes les maladies de cet ordre, l'étiologie se résume dans la connaissance de l'agent infectieux, dont le pathogéniste doit rechercher les modes de pénétration, de propagation, de culture, dont le pathologiste doit étudier l'action sur l'organisme avec la réaction réciproque de celui-ci, dont le praticien doit s'occuper aussi soit comme hygiéniste, en instituant la prophylaxie, soit comme thérapeute, en trouvant les antidotes.

Fermement convaincu depuis plus de vingt-cinq ans de la contagion de l'érysipèle, j'ai facilement accepté son étiologie parasitaire, et d'autant mieux que c'est dans mon service, en 1868, que mon excellent élève et ami le Dr Nepveu commençait ses intéressantes recherches sur la présence des bactéries dans le sang des érysipélateux[1]. C'est encore dans mes salles qu'il recueillait en 1874 cette remarquable observation d'érysipèle soudain causé par l'inoculation de poussières septiques (Voir plus loin l'observation de Marie Belgy).

Admettant d'autre part la présence d'un poison dans les plaies exposées, j'ai entrevu bientôt la possibilité des inoculations partant de la plaie même et donnant lieu, par l'introduction directe du toxique dans le système lymphatique, soit à la lymphangite, soit à l'érysipèle, car de tout temps je m'étais rattaché à l'opinion de Blandin et de ceux qui proclamaient, sinon l'identité absolue, au

1. *C. R. et mém. Soc. de biol.*, 1870, t. XXII, p. 164.

moins l'étroite liaison de ces deux formes d'inflammation des canaux lymphatiques. C'est ainsi que j'en vins à décrire l'érysipèle soudain ou par auto-inoculation.

Lorsque mon éminent collègue Vulpian découvrit la présence de globules purulents libres dans le tissu conjonctif de la peau envahie par l'érysipèle, je vérifiai aussitôt cette découverte, qui me parut d'autant plus importante qu'elle expliquait fort bien les différentes formes anatomiques admises comme distinctes par les classiques, mais qu'il est bien difficile de séparer au lit du malade.

On décrit en effet dans les livres l'érysipèle léger, fugace, superficiel, bien peu différent de l'érythème, et qui semble à peine intéresser les couches les plus superficielles du derme; puis une variété plus grave, qui amène un gonflement plus ou moins considérable et qui disparaît plus lentement; puis les formes qui établissent le passage jusqu'au phlegmon diffus, savoir : l'érysipèle phlegmoneux et le phlegmon érysipélateux; mais on semble considérer ces différentes formes moins comme des degrés d'une même maladie que comme des maladies n'ayant de commun que le siège.

Depuis bien longtemps j'affirme dans mes cours (je n'ai rien écrit spécialement sur ce sujet) l'identité de siège, ou si l'on aime mieux, l'unité de toutes ces phlegmasies lymphatiques, superficielles ou profondes, passagères ou tenaces, bénignes ou graves, résolutives ou suppuratives.

Toutes les différences résident dans l'intensité du processus : le poison enflamme le vaisseau lymphatique et provoque dans sa cavité l'accumulation de leucocytes; ceux-ci passent dans le derme ou dans le tissu conjonctif, soit en petite quantité, et alors ils disparaissent vite, soit en quantité plus forte, ce qui rend la résolution plus lente et plus incertaine, soit en grande proportion, ce qui amène, suivant que les gros troncs ou les réseaux sont pris, les abcès lymphatiques, ou la dermite purulente, ou l'infiltration purulente du derme ou du tissu conjonctif, c'est-à-dire l'érysipèle phlegmoneux ou le phlegmon érysipélateux.

Il est inutile de dire que je n'ai jamais admis la distinction de l'érysipèle en médical et chirurgical, en spontané et en traumatique. J'ai naturellement constaté que la maladie survient après des blessures, mais je n'ai jamais vu là une différence radicale avec l'érysipèle dit spontané, parce que pour ce dernier j'ai toujours cru à la nécessité d'une solution de continuité préparatoire.

J'accorde cependant qu'il existe encore quelques cas embarrassants qui fournissent des arguments aux derniers partisans de la

spontanéité de la maladie. Ce point de doctrine sera examiné plus tard à propos de l'érysipèle à distance.

Le pronostic est certainement un des points les plus intéressants et les moins fixés de l'histoire de l'érysipèle; aussi ai-je cru devoir lui consacrer un petit chapitre qu'on lira plus loin. Il était également intéressant de savoir si la méthode antiseptique, qui a révolutionné si heureusement la chirurgie, avait également prise sur l'érysipèle. Les avis sont partagés sur ce point. Or, il s'agit là d'une question à trancher par les chiffres. J'étais en position de comparer les résultats obtenus avant et après l'introduction de l'antisepsie; j'ai saisi l'occasion et l'on verra à quelles conclusions favorables je suis arrivé dans le chapitre intitulé: *L'érysipèle et la méthode antiseptique.*

La nature de l'érysipèle est aujourd'hui nettement établie : c'est une maladie due à l'introduction dans le système lymphatique et de là dans le torrent circulatoire d'un agent infectieux venu du dehors; ou, pour parler plus brièvement, c'est une toxémie à la manière de la variole, de la fièvre typhoïde, du charbon, de la malaria, etc.

Mais si la dyscrasie créée par le toxique est indéniable pendant le cours même de la maladie, on ignore encore si elle persiste après ou disparaît sans retour. Cette question intéresse particulièrement la chirurgie pratique ; aussi ai-je cru devoir l'examiner à part sous ce titre : *De la dyscrasie érysipélateuse.*

Certaines personnes mettent volontiers en opposition les études théoriques et les recherches pratiques pour faire croire non seulement qu'elles sont indépendantes, mais que les secondes ne bénéficient généralement pas des premières. Aussi les guérisseurs et les chercheurs de panacées affectent-ils un dédain marqué pour les pathologistes, qui à la vérité leur rendent bien la monnaie de la pièce.

A mon sens, la thérapeutique doit être le corollaire de la pathologie et surtout de l'étiologie et de la pathogénie, et j'ai toujours pensé qu'on mettait la charrue avant les bœufs quand on courait après le remède avant de connaître le mal.

Ceci explique peut-être pourquoi j'ai étudié divers points de l'érysipèle avant de m'occuper de son traitement; pourtant j'en dirai quelques mots à la fin de ces notes. — A. V. 1885.

ÉRYSIPÈLE DE LA FACE.

DE L'IMMUNITÉ DE LA RÉGION MENTONNIÈRE POUR L'ÉRYSIPÈLE[1].

Obs. — *Érysipèle traumatique de la face et du cuir chevelu. — Délire suivi de coma. — Badigeonnages iodés. — Guérison rapide.*

Un maçon jeune et de forte taille fut apporté dans mon service le 25 mars 1866 dans l'après-midi. La face était uniformément rouge et tuméfiée, et les paupières demi-closes par un érysipèle très étendu. Il délirait et s'agitait continuellement. On fut obligé pendant la nuit de lui mettre les entraves. Le lendemain, je pus saisir au milieu de ses paroles incohérentes qu'il avait été frappé à la tête quelques jours auparavant, qu'il avait perdu beaucoup de sang, qu'il avait pu néanmoins travailler encore quelques heures, mais que le mal de tête et la faiblesse résultant de l'hémorragie l'avaient forcé à rentrer chez lui avant la nuit.

Rien de précis sur le début et la marche de l'érysipèle, pas plus que sur le traitement mis en usage.

Au niveau de la bosse pariétale gauche, plaie contuse de deux centimètres d'étendue environ, béante, sèche, à bords inégaux et tuméfiés; érysipèle à peu près général du cuir chevelu et de toute la face, moins la région mentonnière; gonflement des ganglions cervicaux; fièvre intense, soif vive, anorexie complète, langue sèche, agitation perpétuelle, loquacité, etc.

Éméto-cathartique, large vésicatoire à chaque cuisse, potion avec l'alcoolature d'aconit et la teinture de digitale, bromure de potassium. Aucun pansement ne pouvant être fixé sur la tête, lotions fréquentes de la plaie avec l'eau de guimauve.Bouillon et eau rougie.

Le lendemain, l'état n'a pas changé : une seule selle, un seul

1. Publié dans la *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 13 avril 1866, p. 232.

vomissement; même délire, même agitation, même soif inextinguible. Je prescris l'émétique en lavage. Le pouls petit, dépressible, parfois irrégulier contre-indique les émissions sanguines. La potion est continuée, ainsi que le bouillon et le vin. Pronostic grave.

Une métamorphose s'est graduellement opérée durant la nuit suivante : à l'excitation a succédé un coma profond. On ne peut tirer aucune réponse du malade, qui paraît voué à une mort inévitable et assez prochaine. Je prescris trois nouveaux vésicatoires : l'un de dimensions gigantesques, sur le devant de la poitrine; les deux autres plus petits, sur le moignon de chaque épaule. Je pense même à une révulsion énergique sur le cuir chevelu à l'aide d'un vésicatoire en forme de calotte, moyen recommandé dans les cas de méningite comme ressource ultime. Cependant, comme je n'attends pas grand'chose de cet expédient cruel, je me contente de prescrire un badigeonnage iodé sur toute la région occupée par les cheveux. Ceux-ci, étant fort courts, n'eurent pas besoin d'être rasés.

Le lendemain matin, je trouve le malade assis sur son séant, les yeux entr'ouverts, et ayant repris complètement ses sens et sa raison. Non seulement il me parle, mais tout d'abord il demande à manger, se plaignant d'être depuis plusieurs jours privé d'aliments solides, ce qui, du reste, était vrai. Ma surprise fut extrême devant cette véritable résurrection. C'était la veille, vers dix heures, qu'avaient été prescrits et les vésicatoires et le badigeonnage iodé; le tout avait été exécuté une heure après sans que notre homme en ait eu conscience; mais bientôt le réveil s'était effectué, et, à une heure de l'après-midi, le moribond commença à parler assez raisonnablement. L'amélioration s'était continuée; la nuit avait été tranquille, enfin, depuis le matin, tous les symptômes alarmants avaient cessé. La convalescence ne s'est point démentie, et la guérison, dix jours après, pouvait être tenue pour assurée.

Si l'on réfléchit à la rapidité du changement survenu, à la lenteur d'action des vésicatoires volants, à l'invraisemblance de la disparition spontanée d'un coma succédant à plusieurs jours d'agitation intense et générale, il est impossible de ne point attribuer cette révolution inespérée à l'action locale de la teinture d'iode.

S'agit-il d'une simple coïncidence? faudrait-il compter à l'avenir sur d'autres succès semblables! Je l'ignore; mais le fait a frappé trop vivement tous ceux qui en ont été témoins pour que je le laisse inédit. D'ailleurs, on ne risquerait rien à renouveler cet essai, qui n'est ni difficile ni douloureux. En effet, pendant trois

jours, j'ai fait réappliquer de la même manière la teinture d'iode pure, et le malade, tout à fait revenu à lui, buvant, mangeant et dormant bien, affirme que la douleur de l'application est fort médiocre, en tout cas, de courte durée[1].

De l'immunité de la région du menton pour l'érysipèle.

Chemin faisant, j'ai dit que l'érysipèle avait envahi tout le visage, à l'exception de la région mentonnière. En effet, celle-ci avait conservé son apparence naturelle dans un espace compris entre deux lignes obliques partant de la commissure des lèvres pour couper en bas le bord inférieur des branches horizontales de la mâchoire vers le passage de l'artère faciale, ou, si l'on veut une autre indication, dans un espace circonscrit en haut par le bord libre de la lèvre inférieure, en bas par la limite antérieure de la région sus-hyoïdienne, sur les côtés enfin par le bord externe des muscles triangulaires des lèvres.

Cette immunité de la région mentonnière n'est pas exceptionnelle, il y a plus de vingt ans que je l'ai remarquée; pendant longtemps même, j'ai pu croire qu'elle était absolue; mais à la longue cependant, j'ai vu l'érysipèle naître et se propager dans ce point, mais toujours très tardivement et très rarement, à peine une fois sur dix, si je m'en rapporte à mes souvenirs. Chez les femmes et les hommes imberbes atteints d'érysipèle général de la face, l'intégrité du menton tranche singulièrement au milieu de la tuméfaction circonvoisine et se remarque aisément. Je ne me souviens pas avoir vu cette particularité explicitement signalée dans les livres classiques; mais j'avoue en même temps que l'explication m'en échappe entièrement[2].

Si la peau du visage, en effet, diffère, à certains égards, de celle des autres régions du corps, elle présente en revanche une homogénéité apparente sur toute l'étendue du masque facial, et pourtant on ne peut méconnaître que l'érysipèle n'ait une évidente prédilection pour tel département en particulier. Les chirurgiens le savent bien, et il suffit de rappeler que la moindre écorchure du nez est menacée de cette complication, ainsi que les rhinoplasties partielles ou totales dans un tiers au moins, sinon dans la moitié des

1. Je reviendrai plus loin sur le traitement local et général de l'érysipèle.
2. Maurice Raynaud (*Dict. de Jaccoud*, art. ÉRYSIPÈLE, p. 55, 1871, a fait la même remarque que moi, mais ne connaissait pas ma note de 1866.

cas. La blépharoplastie vient après, et après encore la chéiloplastie et les autres restaurations faciales. L'anatomie et la physiologie sont impuissantes à fournir l'explication de ces particularités, aussi bien que du singulier pouvoir électif des dermatoses pour tel ou tel point du tégument.

Nous ignorons absolument pourquoi le chancre induré est environ trois fois plus commun à la lèvre supérieure qu'à la lèvre inférieure; pourquoi le rapport est inverse pour l'épithélioma; pourquoi le chancre simple germe si rarement à la tête; pourquoi l'acarus ne s'y acclimate point du tout; pourquoi le zona est plus fréquent à droite; pourquoi une dermatose à siège anatomique bien déterminé, comme l'acné, affecte, suivant sa cause générale, tantôt les parties supérieures (*acné simplex*), tantôt les parties inférieures du corps (*acné syphilitique*); pourquoi le psoriasis se montre primitivement autour du genou et du coude du côté de l'extension; pourquoi les gommes sont infiniment plus communes aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs, etc.

Ce n'est point le hasard qui préside à cette répartition; mais il est certain que les causes en sont encore inconnues. Il n'en est pas moins utile de connaître cette géographie cutanée, si je puis m'exprimer ainsi, car, outre qu'elle éclaire le diagnostic, elle peut au moins, pour l'érysipèle de la face, influer sur les indications opératoires.

Je ne sais quelle voie conduira à la solution de ces questions; mais il me semble qu'il y aurait là un sujet intéressant de recherches. Ce dont il faut bien se persuader, c'est que, si des usages généraux sont répartis à l'ensemble de la peau, cet appareil n'en doit pas moins être considéré non comme un organe simple, mais comme une réunion d'organes à structure, à fonctions, et surtout, à aptitudes morbides tout à fait différentes.

DE L'ÉLÉVATION BRUSQUE DE LA TEMPÉRATURE COMME PRODROME DE L'ÉRYSIPÈLE TRAUMATIQUE[1].

La variabilité et l'inconstance des prodromes rendent parfois difficile le diagnostic de l'érysipèle à son début. Il y a donc intérêt à signaler tous les indices capables d'annoncer l'invasion prochaine de cette maladie.

Dans trois cas récemment observés, l'élévation brusque de la température a précédé de vingt-quatre heures au moins l'apparition de l'exanthème. Ce phénomène s'est montré d'une manière si nette que, malgré le petit nombre des faits que je rapporte, j'appelle sans hésiter l'attention sur un signe précurseur à coup sûr important.

Obs. I. — *Bubon inguinal; ouverture; plaie chancreuse; érysipèle; ascension thermométrique brusque de trois degrés avant l'apparition de l'exanthème. — Guérison.*

L. B... dix-sept ans, serrurier, entre à l'hôpital Lariboisière le 21 mars 1871 pour un bubon inguinal à droite. La suppuration étant survenue, une ouverture fut pratiquée, qui prit bientôt l'aspect chancreux. Des pansements à l'iodoforme modifièrent la plaie, qui était presque guérie dans les premiers jours d'avril. Le malade se levait et se promenait dans le jardin, buvant, mangeant et dormant bien, lorsque, dans la nuit du 6 au 7 avril, il fut pris d'un frisson très violent, qui dura de deux à quatre heures du matin. A la visite, à neuf heures : face vultueuse, céphalalgie, soif vive, anorexie, pouls plein et rapide, chaleur intense de la peau, température 40°,2.

Du côté de la plaie, peu de changement appréciable, sauf la suppression de quelques gouttes de pus qu'elle fournissait encore la veille.

1. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 3 mai 1871, 2e série, t. XII.

Le diagnostic était incertain : le début était trop soudain et la réaction bien vive pour une fièvre synoque. On ne retrouvait aucun des prodromes ordinaires des fièvres éruptives; j'avais bien observé vers la fin de janvier une pyohémie à la suite d'un chancre inguinal, mais le frisson avait été précédé d'un malaise de deux jours et d'un changement fâcheux dans l'aspect de la plaie, le tout amené probablement par un écart de régime et un refroidissement. Nous n'avions ici aucun antécédent semblable, aucun excès, aucun changement brusque de température, aucune septicémie antérieure; d'ailleurs le frisson n'avait pas été suivi de sueurs et les traits n'offraient point cette altération si fréquente dans la pyohémie commençante. J'écartai donc absolument cette hypothèse et suspendis mon diagnostic.

Le malade fut tenu à la diète et aux boissons délayantes. Le lendemain matin, une rougeur avec douleur et léger gonflement au pourtour de la plaie annonça le développement d'un érysipèle.

La température resta élevée pendant deux jours: elle fléchit le troisième (39°,5); mais remonta le lendemain à 40° à cause de l'apparition sur la face antérieure du scrotum d'une plaque de sphacèle.

Six jours après le début de l'érysipèle, le thermomètre oscillait autour de 38°, pour revenir à 37°, puis à 36°, 5, où il resta pendant la convalescence.

La moyenne thermique semblant être de 37° chez ce sujet, l'ascension initiale de l'érysipèle avait donc égalé au moins 3 degrés.

Obs. II. — *Fracture du col du fémur; gouttière de Bonnet; excoriations superficielles du siège; érysipèle précédé par une élévation considérable de la température; ramollissement cérébral. — Mort.*

Mme X..., soixante-sept ans, haute taille, forte constitution, entre à Lariboisière pour une fracture du col du fémur gauche.

Elle fut placée dans la gouttière de Bonnet et s'en trouva bien; elle se plaignait seulement de douleurs erratiques dans tout le corps, surtout dans le membre blessé, et d'une insomnie continuelle. Le bromure de potassium à la dose de deux grammes fit rapidement justice de ces symptômes, et tout se passa bien jusqu'aux derniers jours d'avril.

A cette époque, la malade se plaignit de douleurs et de cuissons vers la région du siège. Je reconnus, en effet, que les bords de l'échancrure de la gouttière avaient provoqué là quelques excoriations très superficielles. Comme la hanche était indolente et que la consolidation devait être avancée, je consentis à replacer avec précau-

tion la malade dans son lit. Les parties malades furent soigneusement abstergées et saupoudrées deux jois par jour avec la poudre d'amidon.

Le soulagement fut immédiat, aussi Mme X..., d'un caractère doux et aimable, me déclara trois ou quatre jours après qu'elle se sentait très bien et comptait sur une prochaine guérison. L'état général était aussi bon que possible, et toutes les fonctions s'accomplissaient régulièrement.

Les choses changèrent brusquement ; dans la nuit suivante éclatèrent des troubles fort alarmants ; suffocation, lividité de la face, petitesse extrême du pouls, etc. L'interne de garde porta le pronostic le plus grave et prescrivit des sinapismes.

A la visite, légère amélioration ; la connaissance est un peu revenue, mais la parole est encore confuse, l'œil à demi clos ne s'ouvre qu'avec peine, les deux membres supérieurs sont fléchis et contracturés ; la malade ne peut me donner la main. Il n'y a point de déviation des traits, point d'hémiplégie ; la peau est à peine chaude, le pouls ne bat pas plus de quatre-vingts fois ; la respiration est plutôt lente ; point de nausées, ni de toux ; ni rétention, ni incontinence d'urine. Au reste, pas de souffrances accusées ; dès qu'on cesse d'interroger la malade, elle retombe dans une sorte du coma.

J'applique par hasard le thermomètre : à ma surprise, il accuse 40° dans l'aiselle, 40°, 4, dans le vagin. La région sacrée est examinée, il n'y a ni rougeur ni gonflement ; les petites excoriations sont recouvertes par une mince croûte. Avec une fracture du col du fémur, sans aucun œdème de voisinage, il n'y avait guère à songer à une embolie. La respiration, l'état du pouls ne permettaient guère d'admettre non plus une phlegmasie soudaine des poumons.

Je pensai donc, en raison d'ailleurs des symptômes cérébraux si marqués, à une complication encéphalique. Mais là encore l'embarras était grand ; l'absence d'hémiplégie ne plaidait pas pour l'apoplexie, la contracture aurait indiqué plutôt un ramolissement ou une hémorragie méningée ; mais, ces lésions à leur début ne sont guères capables de provoquer une élévation aussi grande et aussi rapide de la température.

Je ne pus m'empêcher d'émettre l'hypothèse d'un érysipèle imminent, en me rappelant le sujet de la première observation, et malgré l'absence de toute rougeur dans la région du siège.

Je prescrivis de nouveaux sinapismes, une potion cordiale et un lavement purgatif.

Dès le lendemain, l'érysipèle faisait son apparition à la région

sacrée. Il gagna rapidement tout le dos et arriva jusqu'à la nuque. L'état adynamique se prononça de plus en plus pendant les jours suivants : sécheresse de la langue, constipation, ballonnement du ventre, urines rares, soif vive, température oscillant entre 40° et 40°,5. Cependant, sous l'influence de la potion de Todd, l'état s'améliora sensiblement; je pus même croire à la guérison, lorsque dans la nuit du 3 mai, Mme X... succomba rapidement sans accident particulier.

J'avais appris incidemment par le fils de la malade que les facultés intellectuelles avaient notablement baissé depuis quelques mois, et que, à plusieurs reprises, s'étaient montrés des phénomènes cérébraux analogues à ceux que j'ai décrits plus haut. L'invasion de l'érysipèle n'avait donc fait que les susciter de nouveau.

L'autopsie montra l'intégrité absolue des poumons et du cœur. Sang fluide très noir, poisseux, sans coagulum ; foie petit, normal; rate un peu gonflée et diffluente ; reins très congestionnés ; intestin distendu par des gaz.

Fracture intra-capsulaire, sans trace de consolidation osseuse ; fragments en rapport, déplacement très minime. Aucun vestige de suppuration dans le foyer de la fracture.

Le cerveau, de volume ordinaire, semble normal au premier abord; point d'injection marquée des méninges, ni de la substance grise. Les artères sont athéromateuses au plus haut degré ; la plupart sont incisées et n'offrent pas d'embolie. Les phénomènes cérébraux s'expliquent toutefois par l'existence dans les deux couches optiques de foyers de ramollissement remarquablement symétriques comme siège et comme étendue ; ils paraissent remonter à une époque assez éloignée. Le reste des parties centrales et périphériques de l'encéphale paraît tout à fait sain.

Il est donc évident que l'érysipèle, ici, a manqué tout à fait des prodromes ordinaires, et que l'élévation de la température m'a seule conduit à soupçonner sa prochaine invasion.

Dans le dernier cas, le signe en question n'a pas fait défaut, mais il n'a pas été remarqué, et c'est seulement après la constatation de l'érysipèle que l'on a reconnu l'ascension brusque de la température. Si je n'ai pas profité de cet indice, le fait, au point de vue théorique, n'en est pas moins concluant.

Obs. III. — *Adénome de la parotide; ablation; érysipèle précédé d'une élévation de la température de près de* 3 *degrés. — Guérison.*

D. D..., trente-cinq ans, employé, de petite taille, mais robuste et bien portant, vient à l'hôpital pour se faire débarrasser d'un adénome de la parotide gauche.

Après les préparations convenables, l'opération fut pratiquée le 13 avril. Le thermomètre, interrogé préalablement plusieurs jours de suite, donna une moyenne basse de 36°,2.

Extirpation facile. Plaie remplie de charpie, fréquemment arrosée d'alcool.

Les 14 et 15, température 37°. Une complication de névralgie faciale, si commune dans les opérations de ce genre, fut rapidement dissipée par le sulfate de quinine, et disparut en trois jours sans avoir du reste modifié la courbe thermométrique. A partir du 18, on revint à 36° avec ou sans fractions. On peut donc dire que la fièvre traumatique fut nulle ou du moins fort minime.

L'état général était si bon et la cicatrisation marchait si régulièrement, que le malade, à partir de ce jour, commença à se lever et à se promener dans les salles. Peut-être commit-il quelque imprudence; toujours est-il qu'à la visite du 24 il se plaignit d'un léger malaise, qu'il attribuait à la constipation.

Rien d'appréciable à la plaie, qui mesure à peine 1 centimètre de profondeur, et dont les bords sont presque en contact. Un purgatif est prescrit. Le malade reste levé une grande partie du jour. Le lendemain 25, la plaie est sèche, les bords sont douloureux, tuméfiés et rouges.

La nuit a été très agitée; le malaise s'est accru, un érysipèle s'est déclaré, envahissant successivement l'oreille, la nuque, la racine des cheveux, toute la moitié gauche et une partie de la moitié droite de la face. Il a été assez grave et ne s'est éteint qu'au bout de huit jours. C'est seulement lorsque l'exanthème a été évident, le 25, que j'ai consulté le tracé thermométrique, recueilli soigneusement soir et matin par M. Trève, élève du service. Or voici ce que j'ai constaté :

22.	Matin.....	36
	Soir.....	36
23.	Matin.....	36
	Soir.....	36,2
24.	Matin.....	39
	Soir.....	39,1
25.	Matin.....	39,4
	Soir.....	39,4

Donc, le 23 au soir, la température était à 36°,2, et le 24 au matin

elle atteignait 39°, offrant ainsi un écart subit de près de 3 degrés.

Cette ascension, si je l'avais connue, m'aurait mis sur la voie, et avec d'autant plus d'avantage qu'en l'absence de tout prodrome alarmant et de tout symptôme caractéristique, je n'avais vu dans le malaise qu'un effet de la constipation.

Je ferai remarquer que dans les observations qui précèdent, les prodromes de l'érysipèle ont été très différents, et n'ont présenté rien de caractéristique. Frisson violent dans le premier cas; phénomènes cérébraux dans le second; malaise presque insignifiant chez le troisième, à ce point qu'on aurait pu croire chez ce dernier à un début soudain de la maladie.

L'élévation brusque de la température a été le seul signe commun à ces trois cas ; seul il m'a fait porter chez la femme à la fracture un diagnostic en apparence très hasardé.

Je n'entends pas dire que dans tous les cas d'érysipèle il en sera de même, et que l'ascension rapide de la colonne thermométrique est pathognomonique de la maladie en question, car je trouverais dans mes propres observations de quoi contredire une assertion trop absolue.

Il est évident, d'abord, que si un érysipèle se déclare dans le cours d'une fièvre traumatique, qui déjà a élevé la température à 38 ou 39 degrés, l'augmentation d'un degré n'aura rien de caractéristique. De plus, d'autres affections que l'érysipèle, survenant chez un malade apyrétique, peuvent subitement faire monter le thermomètre. En voici un exemple frappant :

Obs. IV. — *Ostéo-périostite ancienne du tibia; trajets fistuleux; élévation de la température précédant de deux jours une varioloïde.*

Un jeune homme de la province entra dans mon service pour une affection très ancienne du tibia. Une ostéo-périostite, datant de sa jeunesse, avait laissé de nombreuses cicatrices, et trois trajets fistuleux conduisaient le stylet jusqu'à des séquestres parcellaires. Je résolus d'enlever ces débris. Le jour pris et le malade ayant subi le traitement préparatoire : bains, purgatif salin, etc., je constatai, dans un dernier examen et avant de conduire le patient à l'amphithéâtre d'opération, un changement dans l'état général, qui, la veille encore, était excellent. Peau chaude, teint animé, face vultueuse, pouls large et plein, langue un peu blanche, etc. Malgré tout, le jeune homme se sentait assez bien et attribuait le mouvement fébrile

à l'insomnie de la nuit précédente, insomnie d'ailleurs imputable à un certain souci de l'opération.

Le thermomètre marquait 39°,5. Comme je n'admets guère que les seules émotions morales puissent produire une telle élévation de température, je soupçonnai quelque complication latente, et dans le doute je m'abstins naturellement. Au bout de deux jours, l'apparition d'une varioloïde nous donna l'explication du mouvement fébrile.

Depuis cette époque je ne pratique guère d'opération sans consulter le thermomètre à l'avance, à plusieurs reprises même, à moins qu'il n'y ait urgence. Cette précaution a deux avantages : elle indique d'abord la moyenne de la température individuelle, assez variable comme on le sait, et ce qui permet de constater l'époque d'apparition et l'intensité de la fièvre traumatique ; en second lieu, elle pourrait révéler l'existence d'un état général mal accusé, et susceptible, en conséquence, de passer inaperçu. Je citerai à ce propos un fait qui m'a beaucoup impressionné.

Obs. V. — *Petit épithélioma de la langue; ablation avec l'écraseur linéaire; hémorrhagie consécutive; fièvre; mort. — Pneumonie méconnue antérieure à l'opération.*

Un homme de cinquante ans environ vint me trouver pour être débarrassé d'un épithélioma de la grosseur d'une noisette, situé sur le bord droit de la langue. Mon ordre du jour opératoire étant assez chargé pour le moment, le malade, qui désirait séjourner le moins possible à l'hôpital, me demanda à sortir quelques jours et à ne rentrer que la veille de l'opération. J'y consentis.

N'ayant découvert, lors de mon premier examen, aucune contre-indication, je n'en soupçonnai pas de récente, et comme le cas était d'ailleurs très simple, que le patient était très résolu, très courageux et n'accusait aucun malaise, je procédai à l'extirpation de la tumeur par l'écrasement linéaire.

L'acte opératoire en lui-même n'offrit rien d'insolite. Cependant, contrairement à la coutume, je fus obligé de lier à la surface de la plaie une artère assez volumineuse, bien que, suivant mon habitude, j'aie procédé avec toute la lenteur nécessaire.

La journée fut assez mauvaise ; dans l'après-midi survint une hémorrhagie qu'on arrêta avec de la glace et des attouchements avec le perchlorure de fer. Le lendemain matin, fièvre vive, grande difficulté pour déglutir, douleurs inaccoutumées dans la partie correspondante de la face et du cou. La nuit avait été agitée. Je fis les

prescriptions convenables; mais dans la soirée la respiration s'embarrassa et la mort survint, trente-six heures environ après l'extirpation.

Une terminaison pareille et aussi prompte, d'une opération en général fort bénigne, me surprit infiniment; mais l'autopsie expliqua tout, en nous montrant du côté droit une pneumonie très étendue et parvenue même au troisième degré dans le lobe inférieur; comme il n'est guère possible d'admettre qu'une telle affection se soit développée en la saison tempérée où l'on était, dans l'espace de trente-six heures, je suis convaincu qu'elle préexistait à l'opération et que, contre toutes les règles, et bien involontairement, j'avais opéré un pneumonique.

Je reconnais donc, sans hésitation, avoir commis une faute en ne répétant pas l'examen organique complet avant d'instrumenter; car, si j'avais interrogé le thermomètre, j'aurais été pour le moins averti sommairement d'un danger dont il eut été facile ensuite de découvrir la source.

Il n'y a rien de neuf dans tout ce que j'ai dit sur l'élévation subite de la température au début de l'érysipèle traumatique. Pour plus ample information, on pourra consulter le récent article de Volkmann [1], et y voir de nombreux tracés thermométriques. J'ai seulement voulu vulgariser cette donnée intéressante, et saisir une occasion pour recommander avec instance à tous mes confrères l'emploi du thermomètre; moyen simple et commode, qui rend journellement au lit du malade les plus signalés services dans le diagnostic et le pronostic des affections chirurgicales à forme fébrile.

Cette communication suscita une discussion au sein de la société.

M. Marjolin demanda si les trois malades observés ne présentaient pas d'autres phénomènes initiaux de l'érysipèle et en particulier un état saburral et des vomissements; le frisson du début peut mettre aussi le chirurgien sur la voie du diagnostic, mais ce signe est difficile à constater chez les enfants, chez lesquels au contraire les troubles digestifs sont aisés à reconnaître.

Je répondis à M. Marjolin qu'il fallait accorder en effet beaucoup d'importance aux phénomènes saburraux précurseurs, mais que dans les services de chirurgie, on observait assez souvent des érysipèles brusques naissant sans prodromes. Ainsi, vingt-quatre heures

1. L. *In* Pitha et Billroth, t. I, 2e partie, 1er fascicule, p. 163 et suiv.

après une opération légère : ablation d'un petit séquestre, cathétérisme d'un trajet fistuleux, etc., souvent même, après un simple pansement, on trouve autour de la plaie une rougeur érysipélateuse diffuse à contours moins nets et à coloration moins intense à la vérité que dans l'érysipèle vrai.

M. Desprès prit à son tour la parole pour dire que l'érysipèle est toujours précédé pendant un jour ou deux par des malaises, de la fièvre, un état saburral et des vomissements. Si tous ces symptômes ne sont pas réunis, ils se montrent au moins isolément et suffisent pour faire prévoir un érysipèle. M. Desprès ne les a jamais vus manquer tous; ils peuvent cependant être méconnus, si l'érysipèle débute pendant le cours d'une autre maladie fébrile. Les rougeurs qui succèdent à une exploration de trajets fistuleux ou autre opération légère ne doivent pas être considérées comme des érysipèles vrais; elles sont produites par une angioleucite consécutive à la déchirure de quelques vaisseaux lymphatiques et sont accompapagnées d'engorgement des ganglions, d'une adénite, aussi commune dans l'angioleucite qu'elle est rare dans l'érysipèle vrai. M. Desprès déclare enfin n'accepter qu'avec une certaine restriction les renseignements fournis par le thermomètre pour le diagnostic de l'érysipèle, par cette raison que l'élévation de la température ne lui est pas spéciale et qu'elle se rencontre dans d'autres maladies. De plus, dans l'érysipèle bénin, comme celui qu'on observe si souvent aux ailes du nez, l'élévation de température n'est pas considérable.

Je répliquai que l'engorgement des ganglions n'était point en jeu dans le débat et qu'il ne fallait pas s'y arrêter en ce moment[1]; — qu'en avançant que l'augmentation de la température ne doit pas être considérable dans l'érysipèle bénin et dans l'angioleucite, M. Desprès émettait une simple assertion sans preuves; — qu'il n'était pas facile d'établir une ligne de démarcation entre l'érysipèle grave et l'érysipèle bénin — et qu'enfin il suffisait parfois d'une petite plaque érysipélateuse pour jeter les malades dans un état fort alarmant.

Je terminai en disant qu'il fallait sans doute tenir compte de tous les signes prodromiques, mais qu'il était très utile d'y joindre les renseignements fournis par le thermomètre.

1. Il m'eût été facile de démontrer combien M. Desprès était dans l'erreur quand il affirmait la rareté de l'adénite dans l'érysipèle; car l'opinion de Blandin est restée toujours exacte.

CAUSES ET MÉCANISME DES ÉRYSIPÈLES PRÉCOCES ; IDENTITÉ DE NATURE DE L'ANGIOLEUCITE ET DE L'ÉRYSIPÈLE[1]

On a beaucoup discuté sur les causes de l'érysipèle. Pour les uns, c'est un exanthème, pour les autres une maladie primitivement locale. Pour ceux-ci, il peut être spontané ; pour ceux-là, il ne l'est jamais, ayant toujours été précédé d'une lésion antérieure ou d'une blessure. Je me rallie entièrement à cette dernière opinion.

Je ne veux pas entrer ici dans la discussion de la contagion de l'érysipèle admise par les uns, rejetée par les autres. Je me borne à dire qu'il est une variété d'érysipèle où l'individu se donne à lui-même un érysipèle par une sorte d'auto-inoculation.

Cette variété, qui doit être distinguée des autres, a pour caractère d'être précoce, c'est-à-dire de suivre le trauma de très près. Elle se montre parfois le soir ou le lendemain de l'opération. Ce caractère me paraît très important, et l'on ne peut pas dire que ce soit une contagion de voisinage d'un malade à un autre qui engendre des phénomènes aussi rapides, car on ne voit pas d'éruptions, si contagieuses qu'elles soient, se transmettre dans un laps de temps aussi court.

Voici, je crois, le mécanisme de ces érysipèles précoces.

Lorsque nous voyons apparaître les érysipèles à la suite des ablations de tumeurs, des amputations, c'est vers le cinquième ou le sixième jour, et dans ces cas il faut remarquer que la section a porté sur des tissus sains. Au contraire, les érysipèles précoces se développent à la suite de petites opérations pratiquées sur des parties en voie de suppuration : telles, l'exploration d'une fistule osseuse que l'on fait saigner, l'extraction d'une esquille dans une plaie, une contre-ouverture pour passer un drain, etc. J'ai vu un malade

1. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 3e *série*, t. I, 24 avril 1872, p. 190.

qui avait un érysipèle chaque fois qu'on explorait sa fistule. L'arrachement de la dernière croûte qui recouvrait une plaie a été cause d'un érysipèle de ce genre.

Voici trois faits récents sur lesquels je m'appuie également.

J'amputai un doigt atteint de gangrène consécutive à un panaris inflammatoire; le soir, frisson violent; le lendemain, angioleucite bientôt transformée en érysipèle.

J'opérai par un procédé particulier une femme atteinte de rétrécissement de l'anus; elle fut prise subitement d'un érysipèle auquel elle succomba.

Dans le troisième cas, je pratiquai, en avril 1872, chez une scrofuleuse de trente-six ans, la suture de la moitié externe des paupières pour un ectropion consécutif à un abcès de la région temporale, qui avait fusé dans l'orbite et laissé un trajet fistuleux. Je ne touchai pas à ce dernier, me contentant d'y placer un drain. Mais il communiquait avec la plaie péri-orbitaire créée par la libération et le décollement de la paupière; or, le soir même l'opérée est prise de fièvre; le lendemain matin se déclare au voisinage de la fistule un érysipèle violent qui met la malade en danger, dure dix jours pour reprendre quelques jours après et céder enfin à la longue.

Dans tous les cas d'érysipèles précoces, il y avait d'un côté un traumatisme, de l'autre un foyer de suppuration : donc deux parts, l'une qui revient au chirurgien, et l'autre au patient. Il se passe quelque chose d'analogue à une inoculation. C'est comme si le chirurgien prenait avec sa lancette du pus sur un malade pour le lui inoculer. On ouvre un certain nombre de vaisseaux lymphatiques dans un lieu voisin d'un autre qui sécrète du pus ou des matières septiques; l'absorption se fait, et il y a érysipèle ou angioleucite, ou plutôt l'un et l'autre.

Plus je vais en effet et plus je suis convaincu que ces deux affections ne présentent pas de différences fondamentales. Même début par une élévation considérable de la température, même fièvre, même marche ultérieure : mais je ne parle de cela qu'en passant, car ma communication n'a pas pour objet de développer cette idée, mais seulement d'indiquer que les érysipèles précoces peuvent être prévenus; depuis que je connais leur mode de production, je cautérise ou je touche avec la teinture d'iode toutes les incisions que je pratique pour des lésions suppuratives et sur des foyers de suppuration. Je n'hésite pas à accorder une grande efficacité à cette pratique.

Cette communication — fort écourtée par le secrétaire de la Société — fut suivie dans la même séance, puis dans les séances du 15, 22 et 29 mai et 12 juin [1] d'une discussion longue, un peu confuse, dans laquelle, comme il arrive assez souvent dans les sociétés savantes, on laissa de côté l'objet principal pour s'occuper de questions incidentes.

MM. Desprès, Chassaignac, Blot, Le Fort, Trélat, prirent part au débat. On parla pour ou contre l'épidémicité, l'endémicité et la contagion; pour ou contre l'analogie entre l'érysipèle et la lymphangite; puis encore on discourut sur le siège anatomique primitif de l'érysipèle dans le système lympathique ou en dehors de lui; sur la nature inflammatoire, infectieuse ou énanthématique de l'affection; sur la fréquence des prodromes, etc.

Je ne répondis point à tous mes collègues, mais dans la séance du 12 juin je repris la parole en ces termes.

En appelant l'attention sur les érysipèles qui suivent la blessure des tissus enflammés par suite de l'absorption de matières septiques de la plaie, érysipèles précoces, érysipèles par auto-inoculation, j'avais fait remarquer incidemment que la même cause produisait tantôt une lymphangite, tantôt un érysipèle, et que ces deux formes morbides étaient voisines, analogues, et, le plus souvent, impossibles à distinguer. La première partie de ma communication n'étant pas en cause, c'est la seconde seule que je viens discuter. Or je maintiens absolument l'impossibilité du diagnostic différentiel dans beaucoup de cas, car, cliniquement, on voit des lésions qu'on diagnostique un érysipèle un jour, et qui, le lendemain, sont une angioleucite, et réciproquement.

Ce rapprochement a été contesté, et c'est en sa faveur que je viens plaider. Et d'abord, il est constant que l'inflammation se développe dans les ganglions, les troncs et les réseaux lympatiques, c'est-à-dire dans les trois départements du système lymphatique.

Il y a des adénites simples, des lymphangites bornées aux troncs, et des lymphangites des réseaux seuls. Les inflammations peuvent être isolées, mais leur combinaison et leur association est infiniment plus commune. La lymphangite des gros troncs provoque presque toujours une adénite. La lymphangite des réseaux s'accompagne toujours d'adénite et très souvent d'angioleucite des troncs. On retrouve plus ou moins évidents les trois éléments de la triade quand on les

1. Pages 242, 254, 269, 293 *du Bulletin.*

cherche. La lymphangite intermédiaire entre une petite piqûre et une adénite peut manquer. Il se passe là ce que l'on a admis dans le bubon d'emblée, et ce que l'on voit pour les piqûres anatomiques suivies de bubon axillaire sans lymphangite intermédiaire.

Les trois affections du système lymphatique reconnaissent des causes locales : plaie récente ou ancienne et absorption de produits septiques ou inflammatoires ; des causes générales : séjour dans un milieu infecté, état cachectique. La lymphangite des troncs et des réseaux surtout se développe dans ces conditions. Toutes deux sont accompagnées de phénomènes généraux : frissons, élévation brusque de la température (40°). Mais dans la lymphangite des troncs, ces phénomènes sont peut-être plus fugaces que dans celle des réseaux.

Ces affections présentent une forme légère et une forme grave. La lymphangite des troncs, caractérisée par des traînées roses, comme la lymphangite des réseaux, caractérisée par des plaques, se propagent en ligne droite au ganglion. Leur durée peut être courte, de quatre à cinq jours par exemple, et même moins. Il y a une forme grave commune, l'inflammation phlegmoneuse des réseaux, des troncs et des ganglions. Dans des cas fréquents, la rougeur est centrifuge et retourne vers les extrémités des membres. Elle s'étend latéralement et marche par poussées successives. J'ai été surpris d'entendre dire ici le contraire. La gravité de la lymphangite des troncs est aussi évidente que celle des réseaux, et des complications peuvent survenir jusqu'à la mort inclusivement.

L'érysipèle est une inflammation du système lymphatique : c'est une quatrième forme, si l'on veut, qui ne diffère guère de la troisième, c'est-à-dire de la lymphangite des réseaux. Il n'y a que de petites différences dont on a grossi l'importance. Le mal est localisé très probablement dans les lymphatiques. Je sais bien qu'il n'y a pas de démonstration absolue du fait, mais, pour sûr, ce ne sont pas les petits vaisseaux sanguins qui en sont le siège, car il est aujourd'hui démontré que l'inflammation n'est pas dans les vaisseaux.

On nie la lymphangite réticulaire, parce que les capillaires lymphatiques n'ont pas de *vasa vasorum* et qu'ils ne peuvent être le siège de la rougeur. Mais la rougeur n'est pas dans le point primitivement enflammé ; elle est produite par la congestion de la peau autour des tissus primitivement malades. La preuve indirecte que l'érysipèle est localisé dans les lymphatiques est l'adénite correspondante qui est de règle. Sous ce rapport, il y a similitude entre l'érysipèle, la lymphangite des troncs et celle des réseaux.

A-t-on d'ailleurs des éléments d'une distinction radicale? Le bourrelet périphérique, la teinte jaune, l'éruption phlycténoïde ne sont point constants dans l'érysipèle ; ils manquent dans plusieurs régions, et même, sur un même sujet, tous les points atteints d'érysipèle ne les présentent pas. Il y a des cas où il est impossible de dire s'il y a érysipèle ou lymphangite. En ce qui concerne les causes des deux affections, il faut une plaie pour l'érysipèle comme pour les lymphangites ; les milieux malsains, un état cachectique y prédisposent, et, dans ces conditions, il arrive tantôt l'une, tantôt l'autre affection sans prédisposition marquée pour l'une ou pour l'autre.

Les phénomènes généraux de début sont les mêmes, la rougeur qui aujourd'hui est de l'érysipèle sera demain de la lymphangite. La maladie change, le point de départ est le même. Pas de notable différence dans la marche de l'inflammation. La propagation rectiligne et centripète n'est pas la règle, dit-on, dans l'érysipèle ; mais au contraire, celui-ci se propage fréquemment de la sorte; si l'érysipèle est centrifuge, s'il progresse par plaques, par extension collatérale, la lymphangite se propage aussi souvent de la même manière, et je ne vois, pour expliquer cette marche, qu'une hypothèse rationnelle, celle de M. Desprès : l'obstacle au cours de la lymphe, sa rétention dans les réseaux et son passage par des voies détournées pour rejoindre des ganglions libres. C'est ainsi qu'on conçoit la marche irrégulière des érysipèles et quelquefois la limitation nette d'un érysipèle et d'une lymphangite au moment où ils arrivent à la racine du membre. Cette théorie explique encore ce fait d'une malade ayant une petite plaie à la poitrine, qui eut une lymphangite transformée le lendemain en une plaque érysipélateuse, et chez laquelle une autre plaque d'érysipèle apparut sur l'omoplate et rejoignit la première dans l'aisselle.

Citerai-je l'érysipèle ambulant, que nous ne voyons jamais passer d'un côté du corps à l'autre, sans se montrer sur la ligne médiane, érysipèle ambulant, d'une durée parfois illimitée — ce qui, soit dit en passant, est une des preuves les plus fortes contre l'assimilation de l'érysipèle à une fièvre éruptive?

Les formes de la lymphangite réticulaire et de l'érysipèle ne permettent pas d'établir des différences entre les deux affections; il y a des cas bénins, des malades qui se promènent avec de petites plaques d'érysipèle comme avec des lymphangites. Les lymphangites, comme les érysipèles, sont l'occasion de la formation du pus; enfin, il y a des lymphangites et des érysipèles inflammatoires et septiques.

On ne peut, ni pour l'une ni pour l'autre maladie, établir la séparation exacte entre l'élément pyrogène et l'élément phlogogène.

En résumé, point de distinction radicale entre l'érysipèle et les lymphangites : Petites différences en regard de grandes similitudes ; assimilation conforme aux faits et à la clinique, et d'une utilité pratique et incontestable.

Un mot sur la nature de l'érysipèle. Tout d'abord on ne déduit pas la nature d'une maladie de sa localisation. Tout en reconnaissant que le mal débute dans les lymphatiques capillaires, je dirai que l'érysipèle peut être une toxémie ou une inflammation avec toxémie. J'admets l'empoisonnement du sang, mais non comme dans la variole, la rougeole et la scarlatine; c'est dire que je repousse l'assimilation de l'érysipèle avec une fièvre éruptive. Ai-je besoin de rappeler le fait des récidives rapprochées d'érysipèle, et cette considération capitale que l'érysipèle n'est jamais général d'emblée, comme les fièvres éruptives ? On invoque les phénomènes généraux précurseurs? Je réponds qu'il y a une erreur d'interprétation. L'inflammation de la plaie qui cause l'érysipèle existe toujours avant les phénomènes précurseurs, et si on ne la trouve pas, c'est qu'on ne la cherche point ou qu'elle est déjà guérie.

Pour l'étiologie, M. Desprès attribue les érysipèles à de mauvais pansements. De bons pansements préviendront certainement beaucoup d'érysipèles, à moins qu'on ne laisse les malades dans un milieu toxique. Le pansement bien fait empêche l'érysipèle, parce que la plaie est mise à l'abri du contact de matières septiques, ou qu'il prévient l'inflammation; mais peut-on toujours faire un bon pansement? Voilà la question. Les plaies anfractueuses ne peuvent être pansées également bien dans tous les points.

L'étiologie tirée du mauvais pansement ne s'applique qu'aux érysipèles développés autour d'un trauma; mais on ne peut invoquer cette raison pour l'érysipèle qui provient de l'herpès guttural ou pour celui qui apparaît autour d'une écorchure, recouverte d'une petite croûte. L'influence du froid est plus puissante dans ces cas, j'en ai vu des exemples : les écarts de régime et les émotions morales sont encore des causes dont l'efficacité est incontestable. Mais le pansement a une grande valeur. Voici, à cet égard, un exemple récent. J'avais opéré en ville une femme d'une hernie étranglée ; je la pansai avec de l'eau alcoolisée. J'allais la voir avant d'aller à l'hôpital; je n'ai donc pu lui porter la contagion. Dimanche dernier elle a eu un érysipèle, et j'ai appris que, le samedi, le médecin avait fait le pansement avec un linge cératé.

La pathogénie de l'érysipèle offre des obscurités. M. Desprès dit que les liquides putrides des plaies dissolvent les bouchons de lymphe qui oblitèrent les lymphatiques, et que l'absorption des liquides des plaies peut en résulter. Mais nous ne connaissons pas exactement ce qui bouche les lymphatiques blessés ; nous savons bien, il est vrai, que les thrombus qui oblitèrent les veines dans les plaies peuvent se dissoudre à un certain moment, et que l'absorption peut avoir lieu, mais ce n'est là qu'une preuve par analogie, et on peut dire seulement que la même chose est vraisemblable pour les lymphatiques.

L'épidémicité et la contagion ne se démontrent pas, elles se voient. On apporte un malade atteint d'érysipèle dans nos salles, et on voit apparaître d'autres érysipèles. A Saint-Louis, j'ai vu le fait : un érysipèle survint chez un malade au bout de la salle, et il y eut successivement plusieurs cas dans les autres lits.

NOTE SUR UNE CAUSE PEU CONNUE DE L'ÉRYSIPÈLE. — ÉRYSIPÈLE SOUDAIN OU PAR AUTO-INOCULATION

Par M. A. DEHENNE[1]

[On vient de voir que la Société de chirurgie n'avait pas jugé à propos de discuter la pathogénie des érysipèles précoces. Comme cette question me tenait à cœur, je confiai, à un de mes élèves d'alors, le soin de l'exposer avec les développements nécessaires. Il recueillit donc des observations nouvelles et composa sous ma direction le mémoire qu'on va lire. — A. V.]

Une grande obscurité règne encore sur les causes de l'érysipèle, et Follin, dans son *Traité de pathologie externe*, a pu dire : « On n'a aucune donnée certaine sur l'étiologie de l'érysipèle. » Dans la séance de la Société de chirurgie du 24 avril 1872, M. Verneuil appela l'attention sur une variété d'érysipèle traumatique, ayant une pathogénie spéciale et un certain nombre de caractères qui en font une forme à part. M. Verneuil proposa de l'appeler *érysipèle soudain*. Cette forme ne fut ni contestée, ni acceptée : la question de fréquence ne fut même pas agitée, et la discussion engagée à ce propos porta sur d'autres points. Nous nous proposons de soutenir les idées de M. Verneuil.

L'*érysipèle soudain* se développe presque subitement, en l'espace de quelques heures, autour d'une plaie suppurante, à la suite d'une blessure souvent insignifiante.

Il suppose l'existence d'un foyer en voie de suppuration, et succède à une irritation des plus légères, mais suffisante pour déchirer *quelques parois* vasculaires.

En général, lorsque le trauma porte sur des tissus sains,

1. *Progrès médical*, 1874, p. 374, 391, 407.

l'érysipèle se manifeste à la fin du premier septénaire; il est précédé d'un certain temps d'incubation, durant lequel l'agent infectieux prépare ses effets nuisibles, et le plus souvent son développement est annoncé par certains signes précurseurs. Ici, à peine l'irritation a-t-elle été produite, qu'en l'espace de quelques heures, le blessé, qui jusqu'alors se trouvait dans un état satisfaisant, commence à se plaindre. Un frisson survient; la fièvre s'allume. La température s'élève d'un coup aux environs de 40° ; la maladie est constituée.

Outre la rapidité extrême de la marche, la condition spéciale d'apparition d'un érysipèle soudain est une opération pratiquée sur un foyer suppurant, par exemple l'exploration d'une fistule osseuse, un pansement irritant qui fait saigner les bourgeons charnus, l'extraction d'une esquille dans une plaie, un changement du drain, etc. L'arrachement de la petite croûte, qui recouvre une plaie en voie de cicatrisation, suffit parfois.

Dans tous les cas qui nous sont connus, la pathogénie a été la même. D'une part, un trauma, de l'autre un foyer de suppuration, celui-ci blessé par celui-là. De là résulte une véritable *inoculation*, dont le malade fournit la matière. C'est par conséquent un érysipèle par *auto-inoculation*. L'opération ouvre une série de vaisseaux lymphatiques ou sanguins, tout prêts à recevoir et à charrier la matière septique du foyer. Cette opération d'ailleurs peut être fort minime, car deux fois l'érysipèle a succédé à l'ablation de fils métalliques, et deux fois au passage d'un drain.

Mais, dira-t-on, cette affection, à laquelle vous donnez le nom d'érysipèle soudain, dont vous voulez faire une quasi-infection putride par inoculation de produits septiques, n'est qu'une angioleucite superficielle, développée sous l'influence d'une irritation des vaisseaux lymphatiques; il se produit ici un phénomène analogue à celui qui succède aux écorchures de la plante des pieds ou de la paume des mains; l'extrémité radiculaire des lymphatiques est irritée; il se fait une légère inflammation qui se propage jusqu'aux premiers ganglions ; il n'y a là ni inoculation, ni empoisonnement du sang; le foyer en suppuration n'a rien à faire avec cette angioleucite ; on ne doit tenir compte que de l'irritation des capillaires lymphatiques.

Nous répondrons que l'introduction de matières septiques dans les voies circulatoires est démontrée par la rapidité et la gravité des accidents consécutifs, et par les expériences de M. Nepveu, chef du laboratoire de clinique de la Pitié. Ces expériences, faites en 1868, ont été rapportées à la Société de biologie en 1870, et publiées dans la *Gazette médicale* en 1872. Dans tous les cas d'érysipèle

traumatique que cet observateur distingué a examinés, il a trouvé des *bactéries* non seulement dans le pus du foyer qui avait été le point de départ de l'érysipèle, mais encore dans le sang pris sur une plaque d'érysipèle. Dans neuf observations, sur dix, il a trouvé des bactéries dans le sang, et encore, dans ce dernier fait, l'érysipèle était à son déclin et disparaissait complètement le lendemain. Pour beaucoup d'auteurs, l'existence de bactéries dans un liquide de l'économie est un indice sûr de sa putridité. Par conséquent, on est bien forcé d'admettre que le pus des foyers en suppuration est septique, qu'il est inoculé par le fait de la déchirure des capillaires lymphatiques et sanguins, et qu'il donne naissance à une maladie infectieuse, jouissant de propriétés épidémiques et contagieuses, et non pas à une simple angioleucite par irritation des capillaires avoisinant le foyer.

Comme preuve de ce que nous avançons, nous donnerons huit observations. Deux nous sont personnelles; nous devons les autres à l'obligeance de M. le professeur Verneuil et de M. G. Delannoy.

Obs. I. — Le 20 novembre 1873, M. Verneuil, appelé auprès d'un jeune garçon en proie depuis le 13 à des douleurs atroces dans le voisinage de l'articulation fémoro-tibiale gauche, diagnostiqua une *ostéite épiphysaire aiguë*, avec abcès sous-périostique du tibia.

25 novembre. Deux ouvertures sont faites, l'une à la face interne, l'autre à la face externe de la jambe. Drain à demeure ; quatre fois par jour, injections d'eau alcoolisée dans le foyer. La charpie du pansement est imbibée du même liquide. Un mieux sensible suivit le débridement du foyer. L'enfant mangeait avec plaisir, avait repris un peu de gaieté, et paraissait être définitivement en convalescence. Cet état satisfaisant engagea à remplacer le premier drain, qui n'avait été placé que provisoirement, par un autre plus gros qui devait faciliter les injections détersives. La chose fut faite le 2 décembre à midi. Le thermomètre marquait 37° ; le pouls battait 72. Le drain fut changé avec la plus grande facilité, le malade n'accusa aucune douleur et c'est à peine si trois ou quatre gouttes de sang s'écoulèrent. A trois heures, l'enfant si gai le matin était devenu maussade et semblait prostré. Sa jambe lui faisait mal, une légère rougeur paraissait déjà sur les téguments voisins de la plaie ; la pression à ce niveau était douloureuse. T. 38°,4. Il n'y avait pas à en douter ; l'enfant avait la fièvre. A huit heures du soir, T. 39°,5. L'érysipèle n'était plus douteux. Tout autour de la plaie, la rougeur était diffuse, puis elle suivait le trajet des lymphatiques de la cuisse jusqu'aux

ganglions longitudinaux du pli de l'aîne qui étaient engorgés et douloureux. Toute la nuit, la fièvre fut intense. Le 3, au matin, la température s'élevait à 40°,4. L'enfant était dans un état désespéré ; sa prostration était extrême, il ne répondait plus aux questions et refusait de prendre toute nourriture. M. Verneuil ordonna des frictions avec l'onguent napolitain, des toniques, et la continuation des injections détersives. A huit heures du soir, T. 38°,4 ; le lendemain matin, T. 40°,5. L'état général continuait à être très mauvais. Le 4, vers cinq heures du soir, une sueur abondante inonda le malade ; la nature faisait effort pour débarrasser l'organisme des germes qu'il avait absorbés ; il y eut une *crise salutaire*. Cette transpiration dura deux heures ; après quoi, l'enfant éprouva un soulagement notable et demanda des aliments. Cependant tout n'était pas fini ; la rougeur n'avait pas complètement disparu, les ganglions de l'aîne étaient encore douloureux, et l'on voyait manifestement le long de la face interne de la cuisse le trajet des lymphatiques.

Le 5, la température s'élève encore à 39°,5 ; comme la veille, à la même heure, nouvelle défervescence. La transpiration fit disparaître, en même temps que le malaise et les douleurs, la rougeur du membre et la tuméfaction ganglionnaire, et marqua la fin de cet incident, qui avait si malencontreusement interrompu la marche de la guérison.

Le point de départ de l'accident n'est point douteux. Malgré les soins de chaque instant, malgré les fréquents pansements et les nombreuses injections détersives, il était resté dans un coin de ce foyer une petite quantité de pus septique. Le drain, déchirant quelques parois vasculaires, avait ouvert une voie à l'inoculation, et l'infection avait eu lieu. Les expériences de Davaine ont prouvé qu'il n'en faut pas beaucoup pour empoisonner un animal.

Obs. II. — Le 14 septembre 1873, A. B..., quarante-deux ans, entrait dans le service de M. Verneuil à la Pitié, pour un écrasement de la dernière phalange du gros orteil. Un mois après on fit l'extraction d'un séquestre, et on passa un drain. Jusqu'au 14 janvier 1874, l'état ne présenta rien de particulier, si ce n'est la persistance d'une douleur qu'on attribua à la présence de quelque esquille. C'est pourquoi M. Verneuil résolut d'inciser le trajet fistuleux formé par le drain, et pour cela, il employa la *ligature élastique*. Un nouveau drain remplaça l'ancien, et ses deux extrémités furent solidement serrées à l'aide d'une pince à pression

continue. Cette constriction fut suivie d'une vive douleur qui dura toute la journée ; à quatre heures du soir, l'interne de service l'augmenta encore. Le malade se plaignit beaucoup, dîna sans appétit, et ne put s'endormir. A deux heures du matin, violent frisson ; à huit heures du matin, T. 39°,5. Le malade prostré ne répondait qu'avec peine aux questions. Son visage dénotait la souffrance. La langue était déjà sèche. La veille à la même heure, il était dans un excellent état et à partir du passage du drain tout avait changé.

Je songeai aussitôt à l'*érysipèle soudain*. Une rougeur érysipélateuse, prenant naissance sur le gros orteil, au niveau du lien élastique, recouvrait toute la face dorsale du pied, remontait le long de la face interne de la jambe et de la cuisse, suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques, et venait aboutir aux ganglions longitudinaux du pli de l'aîne, engorgés et douloureux ; le tissu cellulaire périganglionnaire lui-même était œdémateux. Donc nous avions affaire à une lymphangite soudaine. Du pus septique était resté caché dans les anfractuosités du foyer ; un trauma, aussi minime que possible, avait ouvert la voie à l'infection, et la lymphangite s'était produite ; T. 38°,2.

16 Janvier. Insomnie, anorexie, nausées. T. 38°. Langue toujours sale. La rougeur est plus intense. Au niveau des plaques, cuisson spontanée et douleur à la pression. T. 38°,5.

17 Janvier. Moins de prostration. Langue encore sèche et pouls fréquent. T. 38°,4. Toutefois plaques moins rouges, traînées lymphatiques moins marquées. La pression au pli inguinal n'est plus aussi douloureuse ; état général meilleur.

18 Janvier. Même état. T. 38°,4 le matin, et 38° le soir.

19 Janvier. L'incident paraît terminé. T. 37°,4. Le pied et la partie inférieure de la jambe sont moins rouges. On suit plus difficilement le trajet des lymphatiques à la cuisse. Les ganglions inguinaux ne sont plus douloureux. Le malade demande un peu de potage.

La guérison complète fut un peu longue à obtenir, mais la petite lésion du gros orteil se cicatrisa complètement.

Obs. III. — En février 1873, M. Verneuil pratique à Dreux une *résection partielle du maxillaire inférieur* pour un *épithélioma*. L'opération a lieu par un temps superbe, dans d'excellentes conditions hygiéniques et sur un sujet jeune et vigoureux, quoique anciennement syphilitique et quelque peu alcoolique. Les suites de l'opération sont des plus simples. La fièvre traumatique presque nulle avait complètement cessé le troisième jour.

On avait réuni la plaie extérieure avec quelques points de suture métallique, sauf aux deux extrémités, d'où sortaient les chefs d'un drain qui passait dans la cavité buccale.

La réunion étant complète le cinquième jour, on enleva les fils d'argent. Le soir même, frisson violent, fièvre intense, agitation nocturne. Le lendemain matin, apparition d'un érysipèle partant de la ligne de réunion et qui s'étendit à toute la joue.

Guérison au bout de dix jours.

L'ablation des fils métalliques fut suivie du même effet dans le cas suivant.

Obs. IV. — X..., cultivateur à Creil, cinquante ans, d'une très bonne santé habituelle, entre à la Pitié en mars 1873, pour un épithélioma de la cloison des fosses nasales. L'opération fut faite quelques jours plus tard, alors qu'aucun érysipèle n'existait dans la salle. Une incision longitudinale, pratiquée sur le dos du nez, se bifurquait en bas pour ouvrir les deux narines au niveau de leur commissure antérieure. Grâce à cette ouverture préliminaire, la cloison mise à nu fut facilement réséquée. On réunit les plaies cutanées avec plusieurs points de suture métallique. Tout alla pour le mieux. Nul accident ne survint et la réunion semblait si parfaite qu'on enleva les fils le cinquième jour. Dès le soir, la fièvre s'alluma, précédée de frissons et suivie de délire. Le lendemain matin, le nez était rouge, luisant, douloureux au toucher. Un érysipèle s'était développé, qui, malgré son extension à la face entière et au cuir chevelu, guérit sans donner de grandes inquiétudes.

Dans ce cas, l'extraction des fils métalliques recourbés provoqua l'issue de quelques gouttes de sang, phénomène commun du reste dans cette petite opération.

Obs. V. — Cellier, trente-trois ans, serrurier, a eu l'avant-bras brisé au printemps de 1872. Une résection a été pratiquée à l'hôpital Lariboisière. Il y a une pseudarthrose avec trajets fistuleux. Le malade entre, au mois de décembre 1872, dans le service de M. Verneuil, à la Pitié. On place le membre dans un appareil inamovible fenêtré. Grâce à ce moyen, le malade se lève tous les jours avec le bras en écharpe et jouit de la meilleure santé.

A la fin de janvier, M. Verneuil renouvelle l'appareil qui était

détérioré. En replaçant le nouveau bandage, on imprime quelques mouvements au membre. Les petites plaies donnent issue à quelques gouttes de sang. Le lendemain matin, érysipèle qui dépasse déjà le bord supérieur du bandage, et qui dure plus de quinze jours. Il n'y avait dans ce moment aucun érysipèle dans la salle.

Obs. VI. — Lamy, trente ans, entre à la Pitié, le 3 février 1873, pour un vaste *phlegmon sous-maxillaire*. Le lendemain, on passe un drain à travers le foyer, d'où s'écoule en abondance un pus sanieux. Soulagement rapide, cessation des accidents inflammatoires. Le 15 février, le recollement est si avancé, la suppuration si minime et l'état général tellement satisfaisant qu'on enlève le drain. Le lendemain matin, 16, le malade a de la fièvre. T. 40°. A la fin de la nuit précédente, il a eu un frisson. Il est altéré et sans appétit. La région sous-maxillaire est gonflée et douloureuse au toucher. M. Verneuil, attribuant le retour des accidents à la rétention du pus, jugea utile de replacer le drain à l'aide d'un stylet aiguillé. Dans la journée, le malaise continue. Le soir, violent frisson. T. 40°,2. Le 17 au matin, fièvre intense. L'érysipèle de la face est déclaré. Guérison au bout d'une semaine.

On peut se demander si l'érysipèle date du 15 et a succédé à l'ablation du vieux drain, ou du 16, et s'il a été occasionné par la réintroduction du drain nouveau. En tout cas, il y a eu une influence évidente de ces petites opérations, puisque avant leur exécution l'état général était excellent et l'apyrexie complète.

Obs. VII. — En avril 1873, M. Verneuil fut consulté par un malade de quarante-cinq ans atteint d'une fistule borgne externe de l'anus. Quoique en apparence il parût robuste, sa santé générale n'était pas excellente : pâle et anémique, il se fatiguait facilement. En outre il avait eu déjà plusieurs attaques de rhumatisme articulaire subaigu. Les articulations des genoux présentaient encore un peu d'hydarthrose. En égard à cette constitution et à la saison mauvaise en général pour les opérations, M. Verneuil conseilla le séjour à la campagne. Après un mois, le malade parut suffisamment bien pour subir une opération ; le milieu dans lequel il se trouvait était excellent, et la constitution médicale de la localité ne laissait rien à désirer.

23 mai. Dans l'après-midi, opération avec l'écraseur linéaire.

24 mai. Violent mal de tête, nausées, fièvre, phénomènes qu'on attribue à l'action du chloroforme. On continue comme la veille les pansements désinfectants souvent répétés.

25 mai. Fièvre intense ; un érysipèle occupant déjà une grande partie de la région fessière fut reconnu, il datait évidemment de la veille.

26 mai. M. Verneuil trouva l'opéré assis à la fenêtre. Tous les symptômes de la veille, céphalalgie, fièvre, vomissements, température exagérée, avaient cessé, cependant l'érysipèle de la fesse s'était encore étendu depuis la veille. Cette complication fut sans gravité ; le cinquième jour elle fut remplacée par une recrudescence subite et violente des hydarthroses des genoux.

De ces observations, nous croyons pouvoir conclure à l'existence d'une variété nouvelle d'érysipèle, se distinguant *par son mode de production* et *par sa marche extrêmement rapide.* Le premier caractère lui a fait donner par M. Verneuil le nom d'érysipèle par *auto-inoculation*, et le second celui d'*érysipèle soudain.* C'est le malade qui fournit la matière septique ; il s'inocule lui-même. Quelques heures suffisent pour l'empoisonner, l'érysipèle est donc soudain. Nous croyons les deux termes également bien choisis.

L'*auto-infection*, ou *septicémie autochtone*, est surtout démontrée chez les sujets des observations I, III et VII. Le premier occupe en ville un appartement sain et bien aéré, où il n'y a jamais eu d'érysipèle, pas plus que dans la maison au moment de l'opération. Aucune des personnes entourant le malade n'a eu de rapports avec des érysipélateux. Dans les deux autres cas, c'est à la campagne qu'a lieu l'accident, *par un temps superbe et dans d'excellentes conditions hygiéniques.* Dans aucun cas le chirurgien ne porte avec lui la contagion. Il ne s'agit donc pas d'*hétéro-infection*, mais bien d'*auto-inoculation.*

Si jusqu'à présent ces faits n'ont pas été notés, c'est que l'attention ne s'est pas portée sur eux. Leur fréquence est indubitable. En deux mois nous avons pu en observer deux cas ; les six autres ont été rassemblés par M. Verneuil en moins de deux années. Nous sommes persuadés que si, en cas d'érysipèle survenu soudainement chez un blessé, on veut rechercher la cause avec soin, on trouvera, sinon toujours, du moins souvent, un trauma insignifiant pratiqué sur une plaie suppurante.

Quelques mots sur le pronostic de cet accident. N'est-ce qu'un phénomène passager, qui mérite à peine l'attention? au contraire, doit-il être un sujet de crainte ? Nous penchons pour la dernière hypothèse. Nous n'avons nullement l'intention d'insister sur les dangers de l'érysipèle ; tous les chirurgiens sont d'accord pour en faire

une affection grave, et s'efforcent d'éviter les causes qui pourraient ouvrir la voie à l'infection.

Dans les cas que nous avons observés, l'érysipèle est resté fixe ; mais il aurait pu s'étendre. On sait quand un érysipèle commence ; mais on ne peut prévoir ni sa fin ni son mode de terminaison.

Le malade se ressent vivement de cette secousse violente s'il est déjà affaibli par une maladie antérieure ; s'il a déjà dû faire les frais d'une longue suppuration, il peut succomber à l'intensité des phénomènes fébriles. En tout cas, sa guérison est retardée. Mais le pronostic serait encore plus grave, si un érysipèle soudain, développé par l'inoculation d'une quantité infinitésimale du pus, à la suite d'un léger trauma, devenait le point de départ d'une de ces épidémies, qui, à certaines époques, font la terreur des chirurgiens. C'est une simple hypothèse que j'émets. Mais supposons un instant un de ces érysipèles prenant naissance dans une salle d'hôpital. Les partisans de la contagion et de l'infection trouveront-ils étonnant qu'il s'étende aux malades voisins et des voisins à toute la salle, puis à la salle voisine, et enfin à l'hôpital tout entier? Voilà une épidémie constituée. On cherche son origine ; on invoque la saison, la constitution médicale, l'humidité, etc., et l'on ne voit pas pour point de départ une inoculation, dont la cause est le plus souvent un acte thérapeutique. Étudions maintenant les moyens de prévenir l'érysipèle soudain.

Nous savons que les matières septiques de la plaie s'introduisent par les bouches vasculaires ouvertes, par les manœuvres du pansement, ou par de petites opérations. Mais nous savons aussi qu'il faudra toujours faire des pansements, et qu'il sera toujours nécessaire de placer un drain, de le changer, d'enlever des esquilles, de faire des contre-ouvertures, etc. Quelques précautions que l'on prenne en faisant un pansement, on est toujours exposé à faire couler quelques gouttes de sang ; à plus forte raison, s'il s'agit de l'extraction d'un séquestre. De plus, on n'est jamais sûr qu'il ne reste pas au fond de la plaie quelques atomes du pus septique capable d'empoisonner le malade. Il faut donc, de toute nécessité, fermer les vaisseaux ouverts, et s'opposer ainsi à l'inoculation. Pour ce faire, M. Verneuil conseille deux moyens : l'*alcool* ou la *teinture d'iode*, qui, outre leurs propriétés désinfectantes, crispent les tissus, et ferment hermétiquement les capillaires sanguins et lymphatiques[1]. Chaque fois

1. A cette époque, j'employais la teinture d'iode et l'alcool, non seulement comme antiseptique, mais aussi pour faire contracter les vaisseaux. J'ai bientôt abandonné cette dernière conception purement iatro-mécanique, et je me suis

donc que dans le pansement d'une plaie suppurante, on constatera l'écoulement de quelques gouttes de sang, on badigeonnera immédiatement le point suspect, et l'on évitera par cette précaution des accidents regrettables.

[M. Dehenne ne voulait s'occuper que d'un des accidents consécusifs aux petites opérations pratiquées sur les plaies suppurantes ; toutefois, il se demande si les légères blessures qui causent les érysipèles soudains ne pourraient pas également devenir le point de départ des autres formes graves de la septicémie. Il rapporte à ce propos une observation que j'ai déjà publiée dans mes *Mémoires de chirurgie* (t. II, p. 179), et qui, avec quelques autres, prouve la possibilité de développer chez l'homme la pyohémie tout comme on la fait naître à volonté chez les animaux dans les expériences de laboratoire.

Ces faits démontrent la complexité des fluides qui baignent les plaies et aussi la pluralité des poisons qu'elles renferment.

Enfin M. Dehenne termine son travail par la relation d'une observation de M. Marcano qui démontre que l'érysipèle par auto-inoculation peut amener la mort.]

Obs. VIII. — B..., soixante ans, carrier, bonne constitution, santé excellente, un peu ivrogne, se laisse tomber, le 14 mars, sur le gros orteil gauche, une pierre de 25 livres. Malgré cette contusion, B... continue à travailler pendant plusieurs jours; mais la marche devenant très pénible, il entre à l'hôpital le 26 mars. On constate un gonflement du gros orteil ne dépassant pas l'articulation métatarso-phalangienne, avec ecchymose, épanchement dans la gaine du tendon extenseur, douleur à la pression et dans les mouvements imprimés à la dernière phalange ; au niveau de l'articulation, petite ouverture qui laisse suinter quelques gouttelettes d'un liquide séro-purulent. État général très bon.

Sous l'influence des cataplasmes et du repos au lit, les douleurs se calment et la tuméfaction diminue. Bientôt, à notre insu, B... se lève tous les jours et se promène dans le jardin. Cette imprudence ramène un peu d'inflammation locale et accroît l'écoulement purulent, mais sans provoquer de troubles généraux.

borné à prévenir l'inoculation par une série de mesures déduites des idées résumées plus haut, en tête de ce volume (p. 77) dans le mémoire sur les *Pulvérisations prolongées*. Je suis de plus en plus convaincu de l'exactitude des idées et de l'utilité pratique de ces mesures.

Le 7 avril, à la visite du soir, M. Marcano examine à nouveau le point affecté; en imprimant des mouvements à la dernière phalange, il perçoit une crépitation articulaire, et arrive jusque dans la jointure avec un stylet introduit dans le trajet fistuleux. Cette exploration fait couler deux ou trois gouttes de sang.

Le lendemain matin, M. Verneuil reproduit la crépitation et confirme le diagnostic d'arthrite de la jointure interphalangienne.

Le malade déjeune de bon appétit et se lève encore dans la journée, mais à cinq heures il est pris d'un violent frisson et vomit le dîner qu'il venait d'ingérer. Douleur dans l'aîne gauche; tout le membre lourd et sensible, gros orteil rouge et douloureux. La température qui, au moment du frisson était à 38°,3, atteint au bout d'une heure, 39°,5. — Le soir même, 50 centigrammes de sulfate de quinine. — Nuit mauvaise : fièvre intense; sueurs profuses; agitation; délire.

Le lendemain matin, lymphangite évidente; ganglions inguinaux douloureux et tuméfiés. Pouls très fréquent; T. 39°,6. — Onctions avec l'onguent napolitain belladoné; cataplasmes. A l'intérieur, sulfate de quinine et potion de Todd.

L'état s'aggrave les jours suivants. La fièvre persiste avec insomnie ou délire la nuit, et, dans le jour, état typhoïde très prononcé.

Le 11, diarrhée profuse.

Le 12, coloration ictérique de la conjonctive. En même temps oppression, pneumonie du lobe moyen du poumon droit.

La diarrhée est remplacée par la constipation avec ballonnement et sensibilité du ventre. La pneumonie persiste. Prostration toujours aussi grande; subdélirium continu. Le membre est toujours tuméfié et d'une rougeur livide. Malgré l'administration continuelle des toniques et des stimulants, l'application sur la poitrine de ventouses et de vésicatoires, l'emploi local des antiphlogistiques, l'état empire. Le 15 au matin, la température s'abaisse brusquement; l'algidité se déclare; à trois heures, sueur abondante et froide.

Mort à quatre heures de l'après-midi.

Autopsie. — Adhérences anciennes et très étendues des deux plèvres. Pneumonie à droite, occupant le lobe moyen et passant au troisième degré. Congestion générale des poumons. Point d'abcès métastatiques; 150 à 200 grammes de sérosité dans le péricarde; l'ouverture de l'abdomen révèle une péritonite généralisée avec accumulation de pus dans la cavité pelvienne.

L'articulation interphalangienne du gros orteil est ouverte. La synoviale est rouge et tuméfiée, mais les cartilages ne sont pas

détruits. En disséquant avec soin le dos du pied, on trouve un gros vaisseau lymphatique rempli de pus qu'on suit sans peine le long de la jambe et de la cuisse jusqu'aux ganglions inguinaux. Ceux-ci sont volumineux, ramollis, suppurés. Les ganglions lombaires sont dans le même état et l'on trouve entre les deux groupes de glandes, de gros vaisseaux lymphatiques gorgés de pus.

Le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque est aussi en pleine suppuration diffuse et tout porte à croire que c'est par cette voie que s'est développée la péritonite. Il est à regretter que les lymphatiques n'aient pas été suivis jusqu'au canal thoracique.

Rate diffluente. Foie petit, d'un brun verdâtre, criant sous le scalpel. Reins congestionnés. Leur surface, après le décollement de la capsule, semble finement granuleuse.

L'invasion des accidents, si rapprochée des explorations légères faites par l'interne et le chef du service, ne laisse aucun doute sur la cause de ces accidents et sur l'influence funeste des explorations sus-dites.

Conclusions. — 1° Il existe une variété d'érysipèle qui n'a point été décrite jusqu'ici;

2° Cet érysipèle, appelé *érysipèle soudain* ou par *auto-inoculation*, se développe autour d'un foyer en suppuration; il a pour origine l'inoculation des produits septiques du foyer à la suite d'un léger trauma qui a ouvert quelques capillaires sanguins et lymphatiques;

3° Cet érysipèle est grave par lui-même; il l'est surtout, si l'on démontre qu'il peut être le point de départ d'une épidémie d'érysipèles;

4° On évitera cet accident en prenant soin, dans toutes les manœuvres ou opérations que l'on fera sur une plaie en suppuration, de badigeonner immédiatement cette plaie avec l'alcool ou la teinture d'iode[1].

1. Conformément à mes habitudes en ce qui concerne les idées bonnes à répandre, je suis revenu avec persévérance sur la thèse des auto-inoculations septiques. Cette théorie se retrouve dans différents travaux qui seront reproduits ou analysés dans le présent volume (Voir thèses de Dehenne, Loison, Bouilly, et aussi le mémoire sur l'*auto-inoculation traumatique*. — A. V. 1885.

DE L'ÉRYSIPÈLE COMME CAUSE DE STÉATOSE VISCÉRALE ET DES ÉRYSIPÈLES SUCCESSIFS

Une discussion intéressante s'éleva à la Société anatomique [1], le 14 février 1873, à propos d'une observation de M. Pozzi intitulée : *Érysipèle, phlegmon sous-péritonéal, phlegmon sous-trapézien, mort. — Dégénérescence graisseuse complète du foie et des reins par septicémie chirurgicale.*

Voici le résumé de ce débat :

Homme, soixante ans, maigre et affaibli par les privations, tombe sur un trottoir le 1er novembre ; deux petites plaies contuses périorbitaires superficielles. Le 12 novembre, érysipèle ; diarrhée depuis quelques jours. L'érysipèle est guéri à la fin du mois ; la diarrhée persiste avec sensibilité et ballonnement du ventre, légère fièvre le soir. Au commencement de décembre, phlegmon profond de la paroi abdominale, incisé le 14; issue d'un litre de pus ; cicatrisation rapide. Néanmoins, faiblesse, maigreur, anorexie, état cachectique.

Au début de janvier, sans cause connue, sans réaction vive, formation rapide d'un phlegmon sous-trapézien qu'on laisse s'ouvrir seul et qui continue à suppurer. Fin janvier, anasarque et ascite; point d'albumine dans l'urine. 5 février, subdélirium tranquille, mort le 11, dans l'épuisement.

Le phlegmon abdominal est tout à fait cicatrisé; le péritoine est sain. L'abcès sous-trapézien suppure encore. — Petites cavernes pulmonaires. — Foie graisseux. — Rein gauche atrophié et renfermant de petits kystes. — Rein droit entièrement graisseux; l'épithélium des tubuli est infiltré de granulations graisseuses et détruit en maints endroits.

M. Pozzi ajoutait à son récit les remarques suivantes :

1. *Bull. Soc. anat.*, 5e série, t. VIII, 1873, p. 127.

« Il paraît probable que cette altération avancée des reins et du foie n'est pas sans connexion avec la septicémie chirurgicale accusée chez ce malade par l'érysipèle et les deux phlegmons; c'est un point de ressemblance nouveau entre la septicémie chirurgicale et d'autres empoisonnements. L'attention doit donc être dirigée sur les lésions viscérales. Parmi les malades ou blessés qui suppurent depuis longtemps, beaucoup meurent avec des accidents qui rappellent ceux de l'urémie. Notre fait prouve que cette complication peut effectivement survenir grâce à une altération grave des organes de l'uropoièse amenée elle-même sans doute par l'altération du sang. »

Après cette communication, MM. Cornil, Magnan et Parrot échangèrent quelques observations sur la question anatomo-pathologique et sur la relation constante ou non des lésions hépatiques et des lésions rénales.

Puis M. Trélat cita une série de quatre faits se rapprochant de ceux de M. Pozzi, par l'existence constatée à l'autopsie de dégénérescence graisseuse du foie et des reins chez des sujets affectés de lésions chroniques des os ou des articulations, opérés ou non, mais succombant longtemps après le début de leur affection chirurgicale.

M. Trélat appelait faute de mieux cet état : cachexie scrofuleuse, bien que les malades différassent à certains points de vue des scrofuleux ordinaires. Mais en tout cas, s'il voit le dernier terme de la maladie, il se demande où elle commence.

Je pris à mon tour la parole en ces termes :

« En étudiant les relations qui existent entre le traumatisme et les lésions viscérales consécutives, j'ai observé maintes fois des cas semblables à ceux qu'a rapportés M. Trélat. Un fait m'a surtout frappé, et nous le retrouvons dans l'observation de M. Pozzi. C'est l'existence fréquente chez les sujets qui ont eu de longues suppurations, d'un œdème plus ou moins accusé et ne s'accompagnant pas d'albuminurie. Ces sujets deviennent pâles et anémiques à un degré extraordinaire et meurent dans l'épuisement. A l'autopsie, on constate que le foie et les reins sont atteints de dégénérescence graisseuse. Je pense qu'il faut chercher le point de départ de ces lésions dans les fièvres chirurgicales. Ainsi, chez des blessés sains au moment de leur blessure, mais qui, pris ultérieurement de fièvre traumatique grave ou d'érysipèles ambulants, viennent à succomber, on trouve à l'autopsie une stéatose du foie.

» Suivant moi, chez le malade de M. Pozzi, il y a eu septico-pyohémie et les phénomènes se sont enchaînés de la manière suivante : Lésion traumatique, érysipèle ; abcès multiples ; infection putride lente, dégénérescence graisseuse du foie et des reins.

» En ce qui concerne les faits signalés par M. Trélat, on peut se demander si les viscères étaient malades avant l'intervention chirurgicale, ou s'il faut mettre leur altération sur le compte des suppurations prolongées. »

M. Lolliot s'étant demandé à son tour si le pus n'agirait pas comme les poisons stéatogènes, phosphore, arsenic, mercure, — question d'autant plus opportune que M. Cornil avait constaté sur les pièces de M. Pozzi une grande ressemblance des lésions avec celles de l'intoxication phosphorique, — je me prononçai en faveur de l'hypothèse de M. Lolliot, et déclarai que la matière putride était une substance stéatogène énergique.

La question fut réintroduite devant la Société un an plus tard, et encore par M. Pozzi, qui était alors mon interne, et qui communiqua l'observation suivante :

Dégénérescence aiguë du foie et des reins, causée par la septicémie. Fracture comminutive de la jambe gauche, compliquée de plaie; érysipèles successifs; mort au bout de cinq mois[1].

V... Joseph, charretier, entre à la Pitié le 18 mai, dans le service de M. Verneuil. Sa voiture, passant sur le corps, a fracturé les deux jambes, et produit à gauche une assez large plaie, communiquant avec le foyer osseux. Malade très vigoureux, *nullement alcoolique;* et qui s'est toujours bien porté.

La consolidation des fractures marche assez régulièrement, mais plus lentement à la jambe gauche, en raison de la plaie. Après une fièvre traumatique intense, la suppuration continua, entretenue par une portion osseuse dénudée et nécrosée, étant d'ailleurs de bonne nature, peu abondante, n'excédant pas quelques cuillerées par jour, et n'épuisant nullement le malade, dont l'état général restait très satisfaisant.

Au mois de juillet et d'août, deux érysipèles se déclarent successivement autour de la plaie, envahissant toute la jambe. Ils se dissipent, mais laissent le sujet notablement affaibli.

Le 9 octobre, à la suite d'une exploration avec le stylet, troisième

1. *Bull. Soc. anat.*, 1874, 3e série, t. IX, p. 775.

poussée érysipélateuse. Cette fois, l'exanthème envahit la totalité du membre, et remonte en arrière jusqu'à la ceinture. Le malade tombe dans l'adynamie, et succombe le 21 octobre avec des phénomènes typhoïdes, seize jours après le début de l'érysipèle. L'urine n'a pas été examinée.

A l'*autopsie*, on trouve :

1° *Du côté de la jambe gauche*, au niveau de la fracture, une esquille nécrosée fortement enclavée dans le cal, et ayant provoqué une ostéite manifeste ;

2° *Des lésions viscérales :* le foie petit, ridé, flasque, friable, reconnu au micoscope atteint d'altération graisseuse.

Les reins pâles, anémiés, sont également frappés de stéatose commençante. Tous les autres organes sont sains.

Réflexions. — En l'absence de toute autre cause appréciable, il paraît difficile de ne pas attribuer ici les altérations du foie et des reins à une influence stéatogène de la septicémie. Il s'agirait d'un processus rapide, bien différent de la dégénérescence qui survient lentement dans les suppurations abondantes et prolongées. Est-ce l'érysipèle terminal qui a seul amené cette altération viscérale? Peut-on en faire remonter l'origine aux accidents fébriles du début? S'il en était ainsi, les deux premiers érysipèles auraient confirmé la lésion commençante, et notablement affaibli la force de résistance du malade à une atteinte ultérieure. Je pose ces questions sans essayer de les résoudre. Il faudrait pour le faire des faits plus nombreux.

Une discussion suivit cette communication. M. Després y trouva la preuve que l'érysipèle n'est pas grave en lui-même, car le malade n'a succombé qu'à la troisième attaque. D'après lui, c'est le mauvais état général de l'individu qui fait la gravité de l'érysipèle, qui au fond est une maladie inflammatoire aussi peu grave que la pneumonie.

M. Théophile Anger ne trouve pas bien établie l'influence de l'érysipèle sur la stéatose viscérale quand il s'agit de malades atteints depuis longtemps de suppuration osseuse.

Je pris la parole à mon tour pour dire d'abord que, contrairement à l'opinion de M. Després, je considérais l'érysipèle traumatique comme un des fléaux de la chirurgie; puis je rappelai qu'on voit souvent des malades qui, atteints à la suite de leurs blessures d'érysipèles récidivants, peu graves en apparence, finissent cependant, quand on les croyait sauvés, par tomber en langueur et succomber.

Or, quelle est en pareil cas la cause de la mort? On invoque l'épuisement des forces, mais ce mot n'explique rien. Comme, à l'autopsie, on constate généralement une dégénérescence graisseuse quelquefois très prononcée du foie et des reins, je n'hésite pas à voir une relation entre les lésions viscérales et les érysipèles antérieurs.

Il est admis que dans la septicémie il y a un poison stéatogène très énergique. Je suis convaincu que l'érysipèle est dans le même cas. Les observations présentent il est vrai une lacune sous ce rapport, mais je n'ai jamais pour ma part observé d'érysipèle de longue durée sans rencontrer à l'autopsie la lésion viscérale en question. Il se produit ainsi sous l'influence des poussées érysipélateuses une sorte de diathèse artificielle. Je m'explique ainsi la gravité des érysipèles récidivants. Les premiers semblent très bénins, mais en raison des altérations organiques qu'ils laissent après eux, ils créent un état morbide analogue à celui des diabétiques, des albuminuriques... Je rappelle d'ailleurs que Frerichs a trouvé le foie gras dans les cas d'érysipèle ambulant dont il a fait l'autopsie.

Toutefois, l'objection de M. Théophile Anger est admissible, car dans certains cas on doit se demander si les lésions du foie et des reins ne préexistaient pas au développement de l'érysipèle[1].

1. Voir plus loin les extraits des thèses de MM. Revouy et Maldant.

DE L'ÉRYSIPÈLE A DISTANCE

L'érysipèle, qu'il naisse d'une plaie récente ou d'une ulcération quelconque, part des bords de la solution de continuité et se propage de proche en proche aux téguments voisins. Telle est la règle presque absolue; il y a cependant quelques exceptions. Ainsi la rougeur peut se montrer à une distance plus ou moins grande de la plaie, de sorte qu'une zone de peau saine s'interpose entre les deux foyers morbides. Cette zone varie beaucoup en largeur; tantôt elle mesure seulement un ou plusieurs décimètres, tantôt elle est beaucoup plus étendue encore, lorsque l'érysipèle apparaît à la face, par exemple, à la suite d'une blessure du membre inférieur.

On trouve dans les auteurs quelques faits de ce genre; en ayant observé moi-même un certain nombre, j'avais engagé un de mes élèves, M. Barbanneau, à étudier cette variété, que j'appelais : *Érysipèle à distance.*

C'est sur ce sujet qu'il soutint sa thèse inaugurale le 26 juin 1876.

Les conclusions de ce travail en indiquent l'esprit :

1° L'érysipèle n'est pas une affectation locale, mais atteint l'économie tout entière.

2° L'érysipèle traumatique ne naît pas toujours sur les bords de la plaie; il peut surgir à une distance variable en restant dans la même région, mais aussi naître dans une région tout à fait différente et constituer alors l'érysipèle à distance.

3° Cette variété justifie l'opinion que l'érysipèle, quoique maladie inflammatoire naissant d'une plaie, n'est qu'une manifestation d'un empoisonnement septicémique dont le sujet se trouve atteint.

Je ne reproduirai pas en entier la thèse de M. Barbanneau. J'en ai bien fourni les principaux matériaux et elle reflète mes opinions d'autrefois, mais elle contient des détails superflus et des assertions inexactes.

Je me contenterai de reprendre les faits qui s'y trouvent, en élaguant ceux qui ne prouvent rien, et de discuter à nouveau pour mon propre compte le point capital, c'est-à-dire la pathogénie.

M. Barbanneau (p. 6) pose d'abord nettement la question : Étant donné la coïncidence d'une plaie et d'un érysipèle, trois exceptions à la marche ordinaire de celui-ci peuvent se présenter :

1° L'érysipèle naît à une petite distance de la plaie, dont les bords restent intacts ;

2° La zone intermédiaire s'agrandit et la plaque rouge apparaît beaucoup plus loin, à la cuisse par exemple après une plaie du pied ;

3° L'érysipèle naît très loin : à la face, succédant à une plaie de la jambe.

Des observations sont citées à l'appui.

1re *Catégorie.* — L'érysipèle naît près de la plaie.

Obs. I. — Garçon, quinze ans ; ablation d'un ganglion parotidien hypertrophié ; pansement à l'alcool. Les signes de l'érysipèle se déclarent ; frisson, fièvre, embarras gastrique. Pourtant la plaie était belle et l'on cherchait la cause de ces phénomènes, lorsque le troisième jour le cou devint douloureux, et l'on découvrit dans cette région et sur les épaules un érysipèle vainement cherché jusqu'alors, lequel parcourut le cuir chevelu et les paupières, mais respecta toujours les bords de la plaie et les parties baignées par l'alcool.

2e *Catégorie.* — L'espace compris entre la plaie et la rougeur est plus grand encore.

Obs. II. — Femme opérée d'un cancer du sein ; mêmes phénomènes généraux que dans l'observation précédente. Au bout de deux jours, apparition de l'érysipèle sur le tronc et le bras correspondant, avec intégrité de l'espace en contact avec l'eau-de-vie camphrée.

Obs. III. — X..., tumeur blanche du coude ; amputation du bras. Le dernier fil tombe le dixième jour. A partir de là, le bras et le moignon ne sont plus en cause ; la plaie d'amputation est guérie.

Mais alors un érysipèle parait sur les parois de la poitrine sans avoir pris son point de départ au moignon et sans s'étendre ultérieurement vers lui.

Cette complication indépendante de l'opération fut sans influence sur la plaie et n'empêcha pas la guérison prompte.

Ces trois faits sont tirés de la thèse de M. Dubreuil [1].

Autre cas emprunté à M. Desprès :

Obs. IV. — Femme de vingt ans; entrée le 12 juillet. Abcès sous-épidermique du talon en bouton de chemise; ablation de l'épiderme; le pus sort facilement. Le 16, frisson, chaleur, sueur, mal de gorge, soif, nausées, langue blanche. Le 18, plaques roses, chaudes, douloureuses, bien limitées, à bords saillants autour des malléoles et à la partie antérieure du genou; traînées partant de ces plaques, douleurs dans l'aine. Le 19, toute la partie inférieure de la jambe est couverte de rougeurs érysipélateuses; la plaque du genou s'agrandit; les jours suivants les plaques se réunissent, puis disparaissent graduellement.

3e *Catégorie.* — L'érysipèle siège à la face, succédant à des blessures du membre et du tronc.

Dès 1858, M. Ed. Labbé en fournissait un bel exemple.

Obs. V. — Femme, trente ans, entre dans un service chirurgical le 9 décembre 1857 pour un panaris de l'index droit. Il existait alors dans les salles de chirurgie une épidémie d'érysipèle.

Le panaris marche vers la guérison pendant huit jours sans le moindre accident. Le 20 décembre, après trois jours de prodromes, éclate un érysipèle de la face qui débute par le nez et la pommette droite, puis envahit successivement toute la face et le cuir chevelu.

Il n'y avait pas la moindre trace d'érysipèle au bras, siège du panaris.

L'éruption se propage aux voies aériennes; des symptômes généraux graves se développent, et la mort survient le 29.

Il n'est plus rien dit de l'état du panaris et du membre correspondant [1].

On trouve quelques cas analogues dans le livre de M. Armand Desprès [2]. M. Barbanneau en cite davantage, mais quelques-uns doivent être mis de côté.

1. *Diverses méthodes de traitement des plaies.* — Th. d'agrég. en chir. 1869, p. 38.

2. *Traité de l'érysipèle*, 1862, obs. XII.

Obs. VI. — Homme, vingt-quatre ans, entre le 28 octobre. Panaris profond du médius, suite d'écorchure. Le 29, incision, cataplasmes; le malade en voie de guérison se levait et se promenait lorsqu'il fut pris, avec un peu de fièvre et d'anorexie, d'un érysipèle de la face qui dura huit jours.

Obs. VII. — Femme, quarante et un ans; kyste multiloculaire de l'ovaire; entre à l'hôpital le 25 octobre 1861. 16 décembre, ponction et injection iodée; compression, diète, repos. Aussitôt, douleurs sourdes dans le ventre, qui augmentent le lendemain 17; nausées, constipation, fièvre; le visage devient rouge.

L'érysipèle se déclare sur le nez et la face avec coloration violacée et bords nettement dessinés par le liseré. Envahissement du cuir chevelu, délire; mort le 3 janvier.

Obs. VIII. — Homme, vingt-six ans; entre le 25 juillet. Orchite blennorrhagique; onctions mercurielles et ponction de la tunique vaginale. 7 août, enchiffrènement; rougeurs et douleurs à la gorge et au nez; — 8, augmentation des symptômes locaux, engorgement des ganglions sous-maxillaires; fièvre, peau brûlante; — 9, Érysipèle de la face franchement déclaré; éruption sur le nez de vésicules pleines de sérosité. La maladie suit sa marche; extension au cuir chevelu. Deux épistaxis. Guérison.

M. Dubreuil rapporte un fait analogue.

Obs. IX. — Femme, quarante-neuf ans; ablation d'une tumeur de la fesse, pansement à l'alcool depuis dix jours; on cherche à rapprocher les lèvres de la plaie avec les bandelettes. Tout allait bien lorsque l'appétit diminue; léger mouvement fébrile; une rougeur avec œdème apparaît dans le dos et disparaît au bout de trois jours. L'état général redevient bon; un septénaire plus tard, arrive un léger érysipèle de la face sans continuité avec le premier.

Voici maintenant les faits recueillis dans mon service.

Obs. X. — *Infiltration d'urine dans la cavité de Retzius. — Séjour de l'urine sans accident pendant dix jours. — Érysipèle*

1. E. Labbé, *De l'érysipèle.* — Thèse inaug., Paris, 1858, n° 168, p. 57.
2. *Traité de l'érysipèle*, obs. IV, XV, XXX. — (Ces deux notes se rapportent aux quatre dernières lignes de la page précédente.)

de la face. — Menace de phlegmon. — Incision. — Guérison. (Voir même volume, p. 124).

Obs. XI. — Homme, contusion de la jambe gauche; lymphangite gangréneuse et phlegmon diffus. L'inflammation monte jusqu'à la racine du membre et descend jusqu'au pied. État général très mauvais; adynamie profonde; du côté des poumons, symptômes faisant croire à une phthisie alcoolique. La maladie traîne en longueur.

Un jour, sans cause connue, la fièvre et le malaise augmentent subitement; un érysipèle se montre à la face et l'envahit tout entière. Néanmoins la guérison survient.

Obs. XII. — *Adénite inguinale consécutive à une écorchure du pied. — Suppuration. — Ouverture.*

La guérison était presque complète, le malade allait partir en convalescence, lorsqu'il est pris de céphalalgie avec frisson, inappétence, etc., rougeur, gonflement et sensibilité extrême autour de la plaie inguinale; bref, érysipèle. En même temps, érysipèle vrai du nez et des joues. Eméto-cathartique. Guérison en huit jours.

Obs. XIII. — Édouard X... cinquante-deux ans, entre à l'hôpital le 25 août 1870. Phlegmon de la main droite, suite de durillon forcé.

26. — Incision, drainage, bains locaux continus. Le mal n'est point arrêté; œdème de l'avant-bras; mortification d'une partie de la peau des doigts et de la main. Nouvel abcès à la face dorsale du premier espace interosseux. — Incision.

27. — Tout semblait conjuré quand parait, avec des accidents généraux presque nuls, un érysipèle de la face qui suit une marche bénigne. En même temps le phlegmon de la main se limite et l'œdème de l'avant-bras disparaît.

Le 6, dans l'après-midi, sans malaise précurseur, le malade s'étant levé ressent dans la main une douleur vive; une hémorrhagie d'ailleurs peu intense se fait par la dernière incision et s'arrête d'elle-même.

Pendant la nuit, nouvelle hémorrhagie plus abondante partant de la même plaie; on l'arrête avec un peu de charpie et d'eau fraîche. Il s'agissait d'une hémorrhagie veineuse. Guérison du phlegmon de la main et de l'érysipèle de la face.

Obs. XIV. — En avril 1876, X... entre à la Pitié pour une tumeur du creux poplité.

Ablation de la tumeur. Pansement ouaté.

Deux jours après, on enlève le pansement à cause de vives douleurs qui s'accroissent les jours suivants. La plaie devient rouge, tendue et suppure mal; il se forme un phlegmon. Un gramme de sulfate de quinine. Le lundi, incision du phlegmon; il s'écoule peu de pus; pas d'adénite.

Les jours suivants, on panse à plat avec les cataplasmes et l'onguent belladoné. La tension et la rougeur restent limitées, quoique l'état général ne s'améliore guère. Mercredi soir, épistaxis; jeudi matin, douleur au nez, avec un peu de gonflement et de rougeur à l'orifice des narines. On prévoit un érysipèle de la face et on ordonne de l'huile de ricin.

Le lendemain, érysipèle confirmé; on sent quelques ganglions sous-maxillaires à peine tuméfiés. Les jours suivants, les symptômes gastriques s'accentuent et l'érysipèle gagne le cuir chevelu. Le 18 avril, environ huit jours après le début, commencement de desquamation. État général satisfaisant. Quelques jours après, l'érysipèle avait complètement disparu, et la plaie poplitée marchait vers la guérison.

Pathogénie. — Tel sont les faits. Il reste maintenant à en donner l'explication. Nulle difficulté pour ceux de la première et de la seconde catégorie.

Lorsque la rougeur érysipélateuse se montre à une certaine distance de la plaie et qu'on a appliqué sur celle-ci un topique quelconque, il faut d'abord se demander si ce topique ou le pansement n'ont pas agi sur le tégument sous-jacent de façon à empêcher le développement de l'inflammation lymphatique.

M. Dubreuil (Obs. I) interprète ainsi le cas qu'il cite et dans lequel on avait employé le pansement alcoolique. Suivant lui, si l'alcool diminue la suppuration dans la plaie, il pourrait tout aussi bien diminuer l'inflammation de la peau et empêcher ses manifestations là où il est appliqué.

M. Barbanneau n'accepte pas volontiers cette interprétation, mais je suis de l'avis de M. Dubreuil. J'ai moi-même rapporté des faits semblables à propos du pansement ouaté. L'érysipèle ou la lymphangite partant de la plaie ne paraissent pas dans les régions couvertes par le coton et se montrent seulement au delà de la circonférence du bandage ouaté[1].

1. Voir *Mémoires de chirurgie*, t. II, p. 203.

L'explication précédente ne convient plus quand on n'a appliqué ni topique ni pansement et que cependant la rougeur se montre loin de la plaie, comme dans l'observation où l'érysipèle saute du talon au genou en respectant la peau intermédiaire. — Ces cas, assez communs du reste, sont faciles à comprendre. Ils résultent simplement de l'association de la lymphangite et de l'érysipèle. L'agent toxique parti de la plaie est transporté au loin par les gros troncs, puis se propage aux réseaux superficiels plus ou moins loin du point de départ et y fait naître les plaques érysipélateuses, par un mécanisme qui n'est pas généralement admis, mais sur lequel nous reviendrons plus loin. Cette théorie si satisfaisante est exposée par M. Barbanneau, qui néanmoins ne l'accepte pas sans faire quelques objections de mince valeur.

Mais l'intérêt principal se concentre sur les faits de la troisième catégorie, dans lesquels un érysipèle de la face succède à une plaie des membres.

Ici plusieurs interprétations sont en présence.

D'après M. Barbanneau, qui s'appuie sur des autorités fort recommandables, il y a, dans l'érysipèle, infection générale de l'organisme ; dès lors, pourquoi l'éruption serait-elle forcément liée à l'existence d'une plaie et apparaîtrait-elle nécessairement sur les bords de celle-ci. S'il y a septicémie, l'économie a partout tendance à manifester cet état morbide et l'on ne voit pas pourquoi la manifestation n'aurait pas lieu en un point quelconque, pourvu que les tissus fussent favorables à l'évolution de la maladie. La localisation serait alors une question de texture et de vascularisation. Si l'érysipèle à distance se produit de préférence à la face, c'est que la peau de cette région est assurément une des plus prédisposées par sa finesse et sa vascularisation. Si, le plus souvent, l'érysipèle traumatique naît sur les bords de la plaie, c'est que la peau qui la circonscrit, déjà enflammée par la blessure ou l'opération, est plus disposée que toute autre à une inflammation nouvelle. Mais si, par une cause quelconque, les bords de la plaie en question ne remplissent pas les conditions favorables au développement de l'érysipèle en puissance duquel se trouve l'individu, l'éruption se produira ailleurs, dans le tissu le mieux disposé à son évolution, c'est-à-dire à la face.

Cette pathogénie n'est autre, en somme, que celle des grandes fièvres éruptives dont le poison pénètre on ne sait pas trop par où ni comment, mais quatre vingt-dix-neuf fois sur cent se porte à la peau, sans qu'on sache non plus pourquoi.

Dans l'érysipèle, le poison pénétrerait n'importe comment dans

l'organisme, puis se montrerait à l'extérieur dans les lieux prédisposés comme à la face, ou dans les lieux de moindre résistance comme aux bords des plaies.

Mais, pour admettre cette genèse, il faudrait oublier que l'érysipèle se comporte, dans l'immense majorité des cas, comme les maladies transmissibles par inoculation ; — qu'il est d'abord local et n'infecte l'économie que secondairement, après une incubation variable, quelquefois très courte, ce qui importe peu à la théorie, — qu'en un mot il n'arrive pas à la peau par une sorte de mouvement expansif et centrifuge analogue à celui de la variole ou de la scarlatine, mais qu'il en part, y présente les phénomènes objectifs caractéristiques, et gagne l'organisme par une action centripète à la manière de tous les virus inoculés.

Il y a même ceci de remarquable, c'est qu'après avoir empoisonné l'économie tout entière, comme l'attestent assez la fièvre intense et les phénomènes généraux, le poison érysipélateux ne forme d'ordinaire qu'un seul foyer périphérique, comme si, à la manière du chancre syphilitique, il n'était pas auto-inoculable. Toujours est-il que les traumas multiples ne sont pas rares dans nos hôpitaux et qu'il ne m'a pas encore été donné de voir, chez un blessé atteint, je suppose, d'une plaie de la tête et d'une plaie de la jambe, l'érysipèle partir à la fois des deux traumas. J'utiliserai cette remarque dans un instant.

Au reste, avant la thèse de M. Barbanneau on avait essayé déjà d'expliquer l'érysipèle à distance. Ainsi M. Ed. Labbé, après avoir rapporté l'observation qu'on a lue plus haut, insiste sur ce fait que sa malade atteinte de panaris de l'index, avait passé plusieurs jours dans une salle de chirurgie où régnait alors une épidémie d'érysipèle, et que cet érysipèle s'est montré à la face sans affecter le bras lésé. Il en conclut que « l'influence épidémique qui préside au développement de l'exanthème n'a pas besoin pour l'engendrer de la cause occasionnelle, c'est-à-dire de la lésion locale ». Puis il ajoute qu'il y a peut-être là une question de contagion.

La supposition de M. Ed. Labbé est très recevable. Lorsqu'une épidémie de variole sévie dans nos hôpitaux, nous trouvons tout naturel qu'un certain nombre de malades soient atteints dans les salles de chirurgie. Pourquoi donc, lorsque dans ces mêmes salles existe l'endémie ou l'épidémie érysipélateuse, d'autres sujets ne seraient-ils pas pris dans une région où quatre-vingt fois sur cent peut-être se développe la forme dite spontanée de la maladie?

Dans une observation, trop concise à la vérité, que j'ai rapportée

moi-même, un homme atteint de fracture du bras fut pris d'érisypèle de la face au milieu de sa cure, alors qu'il n'avait ni fièvre ni accident quelconque et que sa blessure était mise précisément dans les mêmes conditions que les traumas sous-cutanés les plus bénins. Mais cet homme était dans une salle où l'endémie érysipélateuse régnait sans cesse et depuis de longues années; quoi de surprenant qu'il ait été pris à son tour?

Dans les cas de ce genre, le seul rôle de la fracture serait peut-être de créer pour l'érysipèle une réceptivité plus grande en vertu de cette loi de pathogénie d'après laquelle le traumatisme et les propathies, quelles qu'elles soient, diminuent notablement chez ceux qui en sont atteints les chances de défense contre l'invasion des maladies mésologiques.

Mais ce qui est vrai de la fracture peut l'être aussi :

1° De la ponction ovarique et de la ponction scrotale, de l'ablation des tumeurs de la fesse et du creux poplité, c'est-à-dire des traumas accidentels ou chirurgicaux antérieurs à l'attaque d'érysipèle dans les observations VII, VIII, IX, XIV;

2° De toutes les affections septiques ou septicémiques plus ou moins graves dont étaient atteints sans exception tous les sujets qui ont présenté l'érysipèle à distance de la face pendant la cure d'une autre affection chirurgicale.

Pour tous ces sujets, on peut admettre qu'une intoxication préalable a préparé les voies à l'invasion érysipélateuse (Obs. V, VI, X, XI, XII, XIII).

Dès lors la pathogénie de l'érysipèle à distance deviendrait fort simple.

Dans une salle de chirurgie où règne endémiquement ou épidémiquement l'érysipèle, réside un blessé ou opéré atteint d'une affection septicémique quelconque.

La blessure, l'opération, la maladie évoluent normalement, mais diminuent sensiblement la résistance de l'individu aux influences mésologiques, c'est-à-dire aux invasions microbiques; alors les blessés, opérés ou malades subiront l'endémie et seront atteints d'érysipèle de la face.

Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est qu'après avoir observé assez d'érysipèles à distance pour avoir inspiré la thèse de M. Barbanneau et lui avoir fourni plusieurs observations, je ne rencontre plus de cas de ce genre depuis que je suis arrivé à détruire à peu près complètement l'endémie érysipélateuse dans le service que je dirige à la Pitié.

Si actuellement, l'endémie étant mise de côté, je voyais encore l'érysipèle de la face survenir chez un de mes malades, affecté dans une région éloignée du corps, j'examinerais encore un point dont ne se sont préoccupés jadis ni M. Barbanneau, ni ses prédécesseurs, ni moi-même. Je rechercherais si les sujets n'auraient pas eu antérieurement d'autres attaques d'érysipèle que le trauma ou l'affection récente auraient pu rappeler; l'expérience démontrant qu'un premier érysipèle, eût-il été spontané, crée une prédisposition à des attaques ultérieures sous l'influence de diverses causes et du traumatisme en particulier.

Nous reviendrons plus tard sur cette question si curieuse des érysipèles à répétition.

DE L'ARTHRITE ET DE L'HYDARTHROSE DU GENOU

CONSÉCUTIVES

A LA LYMPHANGITE DU MEMBRE INFÉRIEUR[1]

Je désire appeler l'attention sur une variété d'affection articulaire qui n'a point été, que je sache, décrite encore, et qui cependant ne doit pas être très rare, puisque dans ma seule pratique j'en ai pu déjà réunir cinq exemples.

Il s'agit, comme l'indique le titre de cette note, de la propagation à la synoviale du genou d'une inflammation superficielle, née dans le réseau lymphatique sous-cutané, et affectant la forme, soit de la lymphangite des gros troncs, soit de l'érysipèle; j'ai pensé que cette variété à étiologie si précise et si distincte, et, comme nous le verrons plus loin, à pronostic si grave, méritait une mention particulière.

Voici d'abord mes cinq faits, brièvement résumés.

Obs. I. — Il y a vingt ans environ, notre excellent collègue M. Dechambre me fit appeler auprès d'un de ses clients habitant le parc de Neuilly. C'était un négociant de Paris, âgé de cinquante ans, très fatigué, très usé par le travail et les excès de tout genre, et qui était alité depuis deux ou trois semaines pour les suites d'une lymphangite de la jambe. Le mal avait débuté à l'un des orteils par une légère excoriation avec laquelle le patient avait continué à marcher quelques jours.

Tout à coup les accidents inflammatoires s'étaient développés; le membre s'était couvert de traînées rouges, suivies de la formation d'un certain nombre de petits abcès superficiels et circonscrits for-

1. Note lue à l'Académie de médecine, octobre 1878 et publiée dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, t. II, p. 816. Voir pour l'historique la note additionnelle.

més dans les vaisseaux lymphatiques enflammés. M. Dechambre avait déjà ouvert à la lancette quelques-unes de ces petites collections, mais en en voyant toujours se former de nouvelles, il avait désiré l'avis d'un chirurgien.

Je constatai les petites plaies laissées par les précédentes incisions; puis plusieurs empâtements douloureux annonçant la formation d'abcès futurs, et enfin une demi-douzaine d'abcès bien formés, saillants, fluctuants et prêts à être ouverts. Deux de ces collections siégeant à la face interne du genou offraient la forme et la dimension d'une grosse olive. Je les ponctionnai très obliquement et en fis sortir du pus phlegmoneux, épais et bien lié. J'en fis autant pour les autres foyers placés à la cuisse et à la jambe.

Les jours suivants, quelques nouveaux coups de bistouri furent encore nécessaires, et tout paraissait aller aussi bien que le permettait la santé délabrée du malade, lorsque tout à coup le genou devint le siège d'une douleur extrêmement violente et d'une tuméfaction considérable; le mal avait débuté précisément par la face interne de l'articulation, au niveau des deux abcès que j'avais ouverts une semaine auparavant, et dont les incisions n'étaient point encore cicatrisées.

Le développement d'une arthrite purulente s'effectua avec une extrême rapidité et ne put être enrayé par aucun moyen. Nous proposâmes diverses opérations : le drainage, puis l'amputation; mais rien ne fut accepté, pas même l'immobilisation complète dans une gouttière. L'état général devint de plus en plus mauvais, et le malheureux malade succomba aux progrès de la fièvre hectique, environ trois semaines après l'envahissement de la jointure par la suppuration.

Obs. II. — Quelques années plus tard, je soignai avec un praticien de Paris, aujourd'hui décédé, la fille d'un tailleur de la rue Neuve-des-Petits-Champs, pour un cas fort analogue.

C'était une enfant de quatorze ans, frêle, délicate, extrêmement névropathe et fort gâtée. A la suite d'une contusion du gros orteil, l'ongle s'était détaché; une petite collection sous-jacente s'était formée, puis ouverte, et de là était partie une lymphangite diffuse qui avait bientôt envahi tout le membre inférieur correspondant. Le gonflement diminua, mais laissa en plusieurs points de petits foyers qui arrivèrent à suppuration les uns après les autres.

Le docteur M..., quoique n'ayant pas beaucoup l'habitude de la chirurgie, ouvrit un certain nombre de ces collections, sans acci-

dent. Un jour il incisa l'une d'elles, située à la face interne du genou, et dès le lendemain constata du gonflement et de la douleur dans l'articulation. Je fus appelé un peu après, et restai convaincu que la pointe de l'instrument avait traversé de part en part le foyer purulent et fait une plaie pénétrante.

L'arthrite purulente poursuivit sa marche en dépit de tout ce que nous pûmes faire : drainage, injections et pansements exécutés avec le plus grand soin; des fusées se formèrent à la cuisse, à la jambe, dans le creux poplité; les ganglions de l'aine se mirent à suppurer, puis une collection purulente se fit dans la fosse iliaque interne. Je proposai d'abord la résection du genou, puis l'amputation de la cuisse. La famille s'opposa à toute opération, et la malheureuse enfant, douée d'une résistance extraordinaire, survécut près de trois mois dans des souffrances incessantes et cruelles.

Obs. III. — Un malade de quarante-huit ans, maigre, débile et d'apparence cachectique, entra dans le service de mon regretté ami Oulmont, à Lariboisière, pour une affection aiguë présentant les caractères d'une fièvre continue. Pendant le cours de cette maladie, une plaque de sphacèle se forma sur le dos du pied droit et laissa à sa suite une plaie atonique de plusieurs centimètres de large, au fond de laquelle on voyait à nu les tendons, les ligaments et la face dorsale de plusieurs métatarsiens. C'est dans cet état que le patient entra dans mes salles.

Je cherchai à reconstituer la santé générale, pendant que je m'efforçais de déterger la plaie qui avait assez mauvais aspect. Nous avions obtenu une certaine amélioration, lorsqu'un jour survinrent un frisson, des vomissements, de la fièvre, puis une lymphangite partie du dos du pied. Les traînées rougeâtres étaient très évidentes et très larges à la face interne et antérieure à la jambe, au côté interne du genou et sur tout le trajet des vaisseaux fémoraux à la cuisse.

Je prescrivis le repos au lit, les émollients, les onctions mercurielles sur les points enflammés, etc. Le mal céda presque partout, excepté à la face interne du genou, où un cordon lymphatique volumineux parut s'élargir, et enfin donna lieu à un phlegmon mal circonscrit occupant toute la face interne de la jointure. Celle-ci d'abord resta indemne, mais deux jours plus tard, et lorsque je me disposais à inciser le phlegmon sous-cutané, l'inflammation se propagea à la synoviale. Je crus d'abord à une simple hydarthrose de voisinage sans communication des deux foyers; mais lorsque j'eus ouvert le

plus superficiel, je constatai que le contenu de l'articulation, également formé par du pus, se vidait par l'incision cutanée.

Cette complication, survenant chez un homme épuisé et dont les urines renfermaient d'ailleurs une proportion notable d'albumine, n'offrait guère de prise. L'amputation, proposée à regret, fut énergiquement repoussée. Je fis le drainage, les injections chlorurées et alcoolisées ; mais tout resta inutile, et le malade s'éteignit au bout de dix-huit jours.

A l'autopsie, la synoviale était vivement injectée, les cartilages diarthrodiaux détruits, ainsi que la couche osseuse sous-jacente; le tissu spongieux était à nu, les ligaments ramollis et rompus.

Obs. IV. — C'est également à Lariboisière, en 1869, que j'observai le cas suivant.

Il s'agissait d'un homme de trente ans, ayant joui jusqu'alors d'une assez bonne santé, bien que d'assez faible apparence, qui entra dans mon service au mois de décembre, pour un gonflement considérable du pied et de la jambe datant de quelques jours. Le mal, qui présentait tous les caractères d'un érysipèle phlegmoneux, était parti d'une ulcération du talon causée par une mauvaise chaussure. Il y avait forte fièvre, ballonnement du ventre, sécheresse de la langue, soif vive, en un mot état général grave.

Le repos, l'élévation du membre, les frictions mercurielles, les cataplasmes, les purgatifs et le sulfate de quinine conjurèrent ces accidents, dont il ne parut d'abord rester d'autre trace qu'un phlegmon du gros orteil, qui s'ouvrit au niveau de l'articulation interphalangienne.

Au bout de quelques jours, le malade pouvait se lever et se promener dans la salle.

Cette amélioration ne fut pas de longue durée. Sans cause connue, les accidents généraux reparurent et le membre se tuméfia de nouveau, mais cette fois jusqu'au pli de l'aine.

Le genou, gonflé comme le reste du membre, était de plus très douloureux à la pression et ne pouvait subir le moindre mouvement. Je reconnus une arthrite compliquant le gonflement érysipélateux. Une médication convenable, l'immobilisation dans une gouttière, firent disparaître encore une fois le gonflement; le genou seul resta volumineux et fluctuant, et manifestement atteint d'hydarthrose. On combattit l'épanchement à l'aide de vésicatoires volants, et on parvint à le diminuer considérablement.

Mais l'état général continua à être mauvais; la fièvre ne cessa pas

et les fonctions digestives restèrent languissantes. Une eschare se forma au sacrum ; enfin, une pneumonie de nature septique enleva le malade dans la seconde quinzaine du mois de février.

A l'autopsie, on retrouva dans l'articulation du genou une notable quantité de sérosité légèrement troublée par une petite proportion de pus, ce qui justifiait à la fois le diagnostic de l'arthrite et de l'hydarthrose.

Enfin, j'ai recueilli ma dernière note au commencement de l'année 1878.

Obs. V. — Un homme de haute taille, maigre, pâle, d'apparence débile, âgé de soixante ans environ, entra dans mon service pour une hydarthrose subaiguë du genou droit, datant de deux ou trois jours, et déterminant seulement un peu de douleur et de claudication.

En examinant le membre, je constatai d'abord à la face dorsale d'un des orteils une écorchure recouverte d'une croûte, puis un gonflement œdémateux du bas de la jambe, avec deux ou trois points rouges, gonflés, douloureux au toucher et fluctuants ; enfin, à la face interne du genou, au niveau de l'interligne articulaire, puis, au-dessus de l'extrémité supérieure de la rotule, deux collections purulentes très superficielles, très fluctuantes, offrant les caractères types des abcès lymphatiques.

Je reconnus immédiatement l'hydarthrose suite de lymphangite ; cette dernière avait disparu, laissant seulement après elle les abcès circonscrits ; mais en interrogeant le malade, nous apprîmes qu'une dizaine de jours auparavant, la jambe était soudainement devenue gonflée, douloureuse et sillonnée par des traînées rougeâtres que le malade décrivait très exactement ; le tout accompagné de malaise, fièvre, frissons, etc.

Je fis placer le membre dans une gouttière, j'ouvris les trois petits abcès de la jambe, et me contentai d'appliquer la teinture d'iode sur les deux collections périarticulaires. En huit jours environ celles-ci disparurent, ainsi que l'hydarthrose. La semaine suivante, le malade partit en convalescence pour Vincennes.

Tous les cas que je viens de relater présentent de grandes analogies. Une petite blessure du pied ouvre la marche ; puis survient, dans quatre cas, une lymphangite des gros troncs avec abcès lymphatiques circonscrits, et, dans le cinquième, une sorte d'érysipèle phlegmoneux semblable à la lymphangite diffuse. A l'exception de la jeune

fille, dont la constitution d'ailleurs était débile, les autres sujets étaient faibles, anémiques, de misérable apparence, bien disposés en conséquence aux inflammations diffuses.

Dans tous les cas où l'invasion de l'arthrite a eu lieu sous nos yeux, les phénomènes se sont développés avec rapidité et intensité. Trois fois l'arthrite est devenue purulente d'emblée, deux fois l'épanchement est resté séreux ou séro-purulent.

Sauf une fois où le genou s'est rempli en même temps que le membre entier se tuméfiait, de sorte qu'il a été impossible de savoir par où avait débuté la synovite aiguë, on a toujours trouvé les traînées de lymphangite ou les abcès lymphatiques, à la face interne du genou, avant le début de l'arthrite ; une fois même il paraît y avoir eu d'abord lymphangite suppurée, puis phlegmon circonscrit de la face interne du genou, puis enfin propagation à ce niveau jusqu'à la cavité articulaire.

On peut faire diverses hypothèses sur le mode de transmission de l'inflammation de dehors en dedans; on peut supposer, par exemple, que les lymphatiques synoviaux, venant s'aboucher dans les gros troncs qui rampent au pourtour de l'articulation, se sont enflammés de leur embouchure vers leurs racines, et qu'il y a eu là une sorte de marche centrifuge, comme cela s'observe du reste dans certaines lymphangites superficielles des membres.

On peut également admettre que les gros troncs lymphatiques sous-cutanés de la face interne du genou, n'étant séparés de la face externe de la synoviale que par une couche fibreuse assez mince, l'inflammation des premiers peut franchir aisément la barrière pour arriver jusqu'à la seconde. Rien n'empêche de croire aussi que l'abcès lymphatique peut s'ouvrir directement dans la synoviale. C'est certainement ce qui arrive pour les bourses séreuses sous-cutanées, qui souvent sont envahies, jusqu'à la suppuration inclusivement, à la suite des lymphangites qui passent dans leur voisinage.

Enfin, la communication, au moins dans la seconde observation, semble avoir été malheureusement établie par un coup de bistouri trop profond.

Quoi qu'il en soit, une fois développée, l'arthrite purulente suit sa marche, d'autant plus grave, d'ailleurs, que le sujet est dans de plus mauvaises conditions de santé générale. C'est ainsi que sont morts les trois premiers patients qui, à la vérité, ont refusé les mesures opératoires radicales, qui seules, peut-être, auraient pu les sauver.

L'hydarthrose offre naturellement peu de gravité, et dans notre

dernière observation, nous l'avons vue même disparaître assez rapidement.

Le diagnostic n'offre pas de difficultés, car on constatera la lymphangite, ou bien, comme preuve de son existence antérieure, les abcès lymphatiques.

Nous avons peu de chose à dire du traitement, si ce n'est qu'il faut apporter plus d'attention et de sévérité à la cure de la lymphangite quand celle-ci présente des cordons durs et volumineux au niveau de la face interne du genou.

Je crois également utile d'ouvrir de bonne heure, et avec les précautions nécessaires, les abcès lymphatiques périarticulaires, pour éviter leur accroissement du côté de la jointure, et peut-être leur rupture de ce côté.

Je n'ai parlé que de l'arthrite du genou, parce que je n'ai pas nettement vu d'autres articulations enflammées par ce mécanisme; mais j'admets fort bien que d'autres jointures pourraient être envahies de la même façon. C'est sans doute ainsi que l'on expliquerait la suppuration de toutes les articulations d'un même membre atteint de phlegmon diffus ou d'érysipèle phlegmoneux.

NOTE ADDITIONNELLE (1885)

Lorsqu'on publie un fait d'observation qu'on croit nouveau, on cherche dans les classiques qu'on a sous la main si le fait en question est mentionné. Si l'on ne découvre rien, on s'accorde la priorité. Plus tard, en lisant d'autres travaux, on retrouve l'idée émise plus ou moins explicitement. Alors il faut tout simplement se déposséder et citer ses prédécesseurs. Naturellement, si les intéressés réclament eux-mêmes, il faut à l'instant leur accorder réparation. Dans l'état actuel de la science, on n'écrirait *jamais* si on était obligé de s'assurer à l'avance que l'idée qu'on émet n'a *jamais* été émise. Il ne faut pas évidemment s'exposer à *découvrir à nouveau la Méditerranée*, ni l'existence de deux os dans l'avant bras; mais il ne faut pas trop se chagriner si l'on répète des choses déjà dites mais imparfaitement connues, à la condition que ces choses soient vraies et utiles à connaître.

Après ces réflexions, je reproduis divers passages où les arthropathies consécutives aux inflammations lymphatiques des membres sont nettement signalées. Sans doute on pourrait multiplier ces citations.

On lit d'abord dans la thèse de M. Aubrée :

« Les séreuses articulaires sous l'influence d'un érysipèle voisin deviennent quelquefois le siège d'un épanchement. — On trouve ce fait signalé pour l'articulation du genou, dans une des observations de M. Gubler, consignées dans la thèse de M. Lailler[1]. »

Voici le résumé de cette observation[2] :

Femme de cinquante-huit ans. Fracture de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné droits le 29 novembre 1845. Résection immédiate. Guérison au bout de plusieurs mois. Quelques jours après, angine laryngée œdémateuse; puis érysipèle parti des environs de la cicatrice avec frisson, fièvre ardente, phénomènes généraux très graves; les jours suivants l'érysipèle s'étend à tout le membre inférieur et à la fesse. Au troisième jour, un gonflement subit se manifeste dans l'articulation du genou correspondant; on constate qu'il est dû à un épanchement liquide dans la cavité synoviale. Mort au cinquième jour de l'érysipèle.

A l'autopsie, on trouve les articulations du cou-de-pied et du genou droit remplies de pus. Pas d'abcès métastatiques dans les viscères.

Voici une autre observation qui ressemble beaucoup à celles que j'ai recueillies. Elle est encore intéressante comme exemple d'érysipèles à la fois successifs et à distance[3].

Arthrite purulente du genou, suite d'érysipèle. — A Bonn, dans le service de clinique chirurgicale du docteur Kramer, un malade avait été opéré, le 25 octobre 1871, d'une récidive de cancer de la mâchoire inférieure. Quelques mois après, pendant une épidémie d'érysipèle, une seconde récidive parut; on l'enleva au caustique, mais il ne s'en développa pas moins un érysipèle de la face qui disparut en quelques jours. A peine ce premier érysipèle pâlissait-il, que, le 28 mars, il en parut un second très intense à la jambe, et spontané en apparence. Le 3 avril, l'articulation du genou s'enflamma; quelques jours après il fallut l'ouvrir et l'abondance de la suppuration emporta le malade déjà cachectique auparavant. L'autopsie ne montra aucun abcès métastatique. Le pus, d'un jaune sale, contenait une énorme quantité de bactéries, les unes sphériques, les autres allongées, immobiles ou agitées de mouvements très rapides.

M. Gosselin, de son côté[4], parle des arthrites qui compliquent l'éry-

1. E. Aubrée, *De l'érysipèle*. Th. de doct., Paris, 1857 p. 34 et 42.
2. Lailler, *De l'œdème du larynx*. Th. de doct., Paris, 1848, p. 17.
3. Pitoy, *Essai sur l'érysipèle*. Th. de doct., Nancy, 1873, p. 21.
4. Gosselin, Art. Érysipèle du *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XIV, p. 25.

sipèle, mais il les compare à la pleurésie, qu'on voit survenir également à la suite de l'exanthème cutané, et considère ces affections séreuses comme des manifestations de l'empoisonnement général de l'économie par les matières septiques, et non point comme le résultat de la propagation de la dermatose superficielle à la synoviale sous-jacente.

Depuis ma lecture à l'Académie, j'ai observé au moins trois ou quatre fois l'hydarthrose du genou à la suite de lymphangite. J'ai même en 1881, pratiqué avec succès l'amputation de la cuisse pour une arthrite suppurée du genou droit qui s'était développée par ce mécanisme. Cette observation a déjà été publiée à un autre point de vue (Voir même volume, p. 14).

Chez d'autres malades, j'ai vu l'épanchement séreux se produire sous mes yeux et rester sans gravité parce que les sujets étaient au repos, convenablement soignés, qu'ils n'étaient point d'ailleurs cachectiques et que la lymphangite n'avait point suppuré. Bref, la gravité du pronostic est surtout en rapport avec la nature bénigne ou grave de l'inflammation lymphatique; laquelle inflammation à son tour est bénigne ou maligne suivant l'état général du patient.

On trouvera des faits analogues dans les travaux suivants : Ritzmann, *Ueber eitrige Gelenkentzundungen in Verlauf von Erysipel*, in *Berlin. klin. Woch.* 1871, p. 211. — Heiberg, *Om Rosen*, in *Nord. med. Arkiv*, vol IV, n° 10. — Angerhausen, *Ueber eitrige Gelenkentzundungen in Folge von Erysipel.* Diss. inaug., Halle, 1873 (faits de Volkmann). — M. Schüller, *Fälle mit entzundlichen resp. eiterigen Affectionen der benachbarten Gelenke*, in *Deutsche Zeitsch. fur Chir.*, 1877, vol. VIII, p. 536.

L'ÉRYSIPÈLE ET LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE[1]

INTRODUCTION

Une grande révolution s'est accomplie dans notre chirurgie. La doctrine septicémique, émanation directe de l'admirable théorie des germes, a permis de fonder la méthode antiseptique sur des bases inébranlables. Grâce à cette dernière, les complications redoutables des plaies accidentelles, chirurgicales et spontanées, ont presque complètement disparu. C'est pourquoi les chirurgiens, fussent-ils seuls à le faire, devraient saluer avec enthousiasme une théorie qui a si heureusement métamorphosé leur science et leur art. Mais après ce juste hommage rendu, il convient de chercher si tout est fini de ce côté et si nous n'avons plus à craindre les influences nocives du milieu où nous pratiquons.

Or tout le monde reconnaît que la méthode antiseptique, si puissante contre la pyohémie, qu'elle a presque complètement chassée de nos hôpitaux, est beaucoup moins efficace contre l'érysipèle, qui se montre de temps à autre, qui fait encore quelques victimes, dont enfin le traitement et la prophylaxie sont loin d'être fixés.

Toutefois il est certain que, dans les services de chirurgie où l'antisepsie est convenablement pratiquée, l'érysipèle, s'il n'a pas complètement disparu, est devenu beaucoup plus rare, a presque cessé d'être épidémique et même endémique, et ne se montre pour ainsi dire qu'à titre de maladie sporadique.

Donc il y a à la fois diminution non douteuse et persistance manifeste; progrès évident, mais non victoire complète. Dans cette occurrence, ne serait-il pas possible, en étudiant avec soin les causes de

1. Communication faite à l'Académie de médecine, dans la séance du 24 février 1885 et qui souleva une discussion dont nous donnerons le résumé (Voy. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1885, n° 8, p. 231).

la diminution et celles de la persistance, d'arriver sinon à la destruction absolue de la maladie, du moins à son atténuation extrême, comme cela est réalisé déjà pour la pyohémie, complication bien plus formidable encore.

C'est à cette recherche que je consacre cette note. Je m'appuie naturellement sur les faits et les chiffres. Tout naturellement aussi, je prends les uns et les autres dans mon service chirurgical, sans m'occuper de ce qui se passe chez mes voisins et dans les autres hôpitaux. Mon travail gagne ainsi en exactitude ce qu'il perd en ampleur.

DE LA DIMINUTION DE L'ÉRYSIPÈLE A LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA PITIÉ

Lorsque j'ai pris possession de ce service en 1872, la pyohémie et l'érysipèle y faisaient de terribles ravages. Pendant plus de deux ans je luttai sans relâche contre les deux fléaux avec les différents procédés de la méthode antiseptique. La pyohémie céda la première; l'érysipèle résista davantage et actuellement encore on l'observe de temps en temps.

En 1875 et 1876, mes salles étant devenues plus salubres et la diminution des cas d'érysipèle ne pouvant faire de doute, je voulus établir par des chiffres ce changement favorable. Malheureusement je n'avais pas de termes de comparaison suffisamment précis. Je ne possédais point de relevés pour les années antérieures à ma prise de possession : 1869, 1870, 1871. Je n'en avais pas davantage pour les premiers temps de mon exercice : 1872, 1873, 1874. Je savais seulement que j'avais trouvé les choses en aussi mauvais état que possible et que peu à peu j'étais parvenu à améliorer très manifestement la situation. Mais à défaut de documents personnels, je pouvais emprunter des renseignements précieux à l'un de mes prédécesseurs à la Pitié, qui dans les années antérieures s'était beaucoup occupé de la pyohémie et de l'érysipèle.

On sait que, en 1867, au premier congrès médical international tenu à Paris, notre éminent collègue, M. le professeur Gosselin, fit une importante communication sur les deux maladies en question et sur leur prophylaxie.

Il avait soigneusement compté les cas d'érysipèle pendant six ans et divisé cette période en deux : la première partie comprenait trois

années de constatation pure et simple, si l'on peut ainsi dire; la seconde répondait aussi à trois années, — moins une fraction — pendant laquelle avaient été mises en œuvre diverses mesures prophylactiques.

Ces deux séries avaient donné des résultats très différents : mauvais pour la première, infiniment meilleurs pour la seconde. M. Gosselin ayant donc observé de son côté, de 1862 à 1868, la diminution et la persistance, je crus pouvoir utiliser ses relevés numériques :

1° En assimilant à sa mauvaise série, 1862, 1863, 1864, celle des années 1872, 1873, 1874, où j'avais eu aussi à déplorer tant de revers dus à l'érysipèle;

2° En plaçant en regard de sa série plus récente 1865, 1866, 1867, un triennat également bénin dans lequel la diminution était encore plus évidente.

Notez bien que les éléments de la comparaison entre la pratique de mon honorable prédécesseur et la mienne sont aussi acceptables que possible, puisque l'un et l'autre nous avons exercé dans le même quartier, dans les mêmes salles et sur la même population.

En regard de ces similitudes se dresse une différence radicale, qui constitue précisément, je crois, l'intérêt de la présente note. M. Gosselin d'une part et moi de l'autre, avons obtenu une *atténuation du mal incontestable et presque équivalente par des moyens absolument différents.*

Après ces explications préalables, j'entre dans mon sujet.

Voici les chiffres des deux séries de M. Gosselin. Ses statistiques sont très complètes, très détaillées; je n'en prends que les points sur lesquels je veux appeler directement l'attention.

Nombre total des érysipèles observés à la clinique chirurgicale de la Pitié pendant le premier triennat :

1862.....	37	133. Moyenne annuelle, 44 (chiffres ronds)
1863.....	55	
1864.....	41	

MORTALITÉ

1862.....	9	31. Moyenne annuelle, 10.
1863.....	12	
1864.....	10	

De ces 133 cas, 50 étaient venus de l'extérieur, 83 s'étaient développés à l'intérieur des salles.

CAS EXTÉRIEURS

1862..... 16
1863..... 17 } 50. Moyenne annuelle, .
1864..... 17

CAS INTÉRIEURS

1862..... 21
1863..... 38 } 83. Moyenne annuelle, 27.
1864..... 24

Qu'on me permette ici une digression.

Certes, ces chiffres, de l'aveu de M. Gosselin, n'étaient pas brillants; mais ils représentaient assez fidèlement la pratique hospitalière de cette époque. D'après les souvenirs du même chirurgien, qui avait précédemment dirigé un service chirurgical à Cochin et à Beaujon, la proportion était plus forte encore dans ces deux établissements.

Ceci concorde d'ailleurs avec un autre document recueilli en 1861 dans les salles de la clinique chirurgicale du professeur Velpeau à la Charité par M. Armand Després, alors interne du service.

Le total des érysipèles traumatiques dans ce service de quatre-vingt-six lits monta à 63, dont 35 se terminèrent par la mort, soit une léthalité de 55 p. 100. La proportion des cas extérieurs et intérieurs fut la suivante : cas venus du dehors, 12; développés dans les salles, 51.

Sans pouvoir fournir de chiffres exacts, je puis affirmer qu'au temps où j'étais chirurgien du Bureau central, de 1854 à 1861, je constatai dans mes remplacements à Beaujon, à l'Hôtel-Dieu, à Saint-Louis, des cas nombreux et graves d'érysipèle; dès cette époque je fus convaincu de la nature infectieuse et contagieuse de cette maladie.

Arrivons à la seconde série de M. Gosselin. Frappé de la fréquence et de la gravité du mal, notre collègue chercha à atténuer l'une et l'autre par différentes mesures.

1° La ventilation naturelle par l'ouverture des fenêtres dans les limites permises par la saison et l'impressionnabilité des malades, « ce qui, paraît-il, ne donna pas de résultats aussi satisfaisants qu'on l'avait espéré »;

2° La séparation des malades atteints d'érysipèle des autres sujets, leur relégation dans une salle où l'on évitait de mettre d'autres blessés, et où l'on réunissait seulement les entorses, les contusions, les tumeurs blanches, etc., précaution qui, d'ailleurs, ne put être appliquée au service des femmes, qui n'avait qu'une salle;

3° Le refus d'admission des cas d'érysipèle développés au dehors;

4° Des modifications dans la pratique opératoire proprement dite, telles que la substitution des caustiques au bistouri pour l'ablation des loupes et des tumeurs du sein; l'abandon à la nature des abcès post-puerpéraux de la mamelle, etc.

On n'indique rien pour les pansements proprement dits.

Cette prophylaxie avait certainement de la valeur, car dans les années suivantes le nombre total des cas fut beaucoup moindre, ce qui ressort du tableau suivant :

1865.....	22	45 Moyenne annuelle, 15[1]
1866.....	8	
1867.....	15	

Mortalité :

1865.....	5	9. Moyenne annuelle, 3.
1866.....	2	
1867.....	2	

Cas extérieurs :			Cas intérieurs :	
1865.....	5	.....	17	32. Moy. ann., 11.
1866.....	2	13 Moy. ann., 4.....	6	
1867.....	6	.....	9	

Les recherches de M. Gosselin ont été continuées pendant dix-sept mois encore (fin 1867 et 1868), pendant lesquels 78 cas nouveaux ont été notés[2].

1. M. Gosselin fournit seulement les sept premiers mois de 1867. Son second triennat ne compte alors que trente et un mois au lieu de trente-six. J'aurais donc le droit d'augmenter tous les chiffres de sa dernièrs année de 5/12; mais, pour ne point plaider de parti pris en ma faveur, je prends les chiffres les moins favorables à ma cause. Voici en réalité le tableau comparatif que je pourrais dresser :

1865.....	22	55 Moyenne annuelle, 18.
1866.....	8	
1867.....	25	

Mortalité :

1865.....	5	12 Moyenne annuelle, 4.
1866.....	2	
1867.....	5	

Cas extérieurs :			Cas intérieurs :	
1865.....	5	.....	17	39. Moy. ann., 13.
1866.....	2	18 Moy. ann., 6.....	6	
1867.....	11	.....	16	

2. Voy. *Dict. de Jaccoud*, art. ÉRYSIPÈLE, t. XIX, p. 4, 1871.

Je n'utilise pas ces nombres complémentaires, n'ayant que des détails incomplets sur la fin de 1867 et sur l'année 1868. Si d'ailleurs M. Gosselin voulait fournir des éclaircissements sur ce point, nous les accepterions avec reconnaissance.

Quoi qu'il en soit, cherchons à quelles causes notre collègue a dû la diminution très sensible révélée par ses tableaux.

On a vu que les mesures adoptées par lui étaient de deux ordres : les unes prises contre l'invasion du dehors ou la multiplication de la maladie au dedans, telles que le refus d'admission des malades de la ville et l'isolement de ces mêmes malades dans des salles particulières; les autres ayant pour but de prévenir le développement des cas intérieurs, telles que la ventilation à outrance, la substitution des caustiques au bistouri, etc. Ce qui peut se traduire par les deux termes suivants : *protection contre l'extérieur*, et *prévention à l'intérieur*.

Or, il ressort des chiffres fournis par M. Gosselin lui-même que la prévention à l'intérieur a été inefficace, sinon nuisible, et que la diminution réelle a été exclusivement due aux mesures hygiéniques et à la protection contre l'extérieur. Ceci se déduit sans peine de la proportion entre les cas extérieurs et les cas intérieurs dans les deux séries.

Dans la première, en effet, les cas extérieurs s'élevaient à 38 p. 100, les cas intérieurs à 62.

Dans la seconde, les cas extérieurs montaient à 28 p. 100 seulement, et par contre les intérieurs à 72.

C'est donc évidemment en restreignant les entrées du dehors et en isolant les malades à l'intérieur, que notre collègue était parvenu à assainir son service; ce qui du reste est tout à fait conforme au raisonnement d'abord, puis à ce que nous savons sur les maladies contagieuses et épidémiques.

De 1868 à 1872, j'ignore ce qui s'est passé à la Pitié. Peut-être les mesures prises par M. Gosselin avaient été abandonnées; peut-être aussi les blessés de 1870 et 1871 avaient de nouveau infecté les salles. Toujours est-il qu'en 1872 tout le terrain gagné était perdu et que l'endémo-épidémie érysipélateuse sévissait de plus belle : ce qui m'engagea comme de juste à la combattre. J'y mis plusieurs années, je l'avoue, et je finis par un triomphe relatif, obtenu à la vérité par des moyens tout différents de ceux qu'avait préconisés mon honorable prédécesseur.

1° Je laissai d'abord entrer indistinctement tous les malades du dehors, et je les répartis dans mes salles suivant les hasards de

l'admission. Notez bien que je suis très partisan de l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses et que le principe adopté par M. Gosselin est d'une indiscutable utilité; mais son application me paraissait, dans le cas présent, injuste ou illusoire. La Pitié a deux services de chirurgie : si j'avais refusé dans le mien les érysipélateux du dehors, ils fussent entrés chez mon collègue, dont ils eussent empoisonné le service. Quant à la valeur de l'isolement entre la petite salle et la grande salle des hommes, on peut la juger à peu près nulle, quand on songe que la visite commence par la première, que les mêmes élèves, les mêmes infirmiers, les mêmes ustensiles, les mêmes pièces de pansement servent à toutes les deux.

2° Je laissai sans scrupule mes salles s'encombrer au point d'avoir quelquefois, dans la saison rude, où les pauvres se pressent à l'hôpital, jusqu'à huit lits supplémentaires dans ma grande salle des hommes, et jusqu'à cinq lits dans la petite salle des femmes.

3° Je ne songeai pas un seul instant à rétablir la ventilation à outrance recommandée par M. Gosselin, la considérant peut-être comme très utile à la salubrité générale des salles, mais comme particulièrement favorable à la production intérieure de l'érysipèle.

4° Je me remis à ouvrir les abcès du sein et d'autres régions avec le bistouri.

5° J'enlevai avec le même instrument les tumeurs du sein, n'ayant jamais été partisan de l'ablation au caustique et me demandant d'ailleurs comment on pourrait se servir de ce procédé dans les cas si communs où les ganglions de l'aisselle sont envahis[1].

6° Mais, par contre, j'appliquai de mon mieux les principes de la doctrine septicémique : prophylaxie et pansements antiseptiques compris. Ainsi je supprimai et j'interdis autant que possible à mes élèves les explorations inutiles des plaies, explorations suivies si communément de lymphangite et d'érysipèle. Dans le même but et d'après mes idées sur l'auto-inoculation traumatique, je pris pour les contre-ouvertures, les examens utiles, les mille petites pratiques de la chirurgie journalière toutes les précautions nécessaires pour en assurer l'innocuité. Je renonçai le plus possible à la réunion immédiate et lui substituai les pansements ouverts ou le pansement ouaté; j'employai suivant les cas tous les modes de pansement,

1. Dans cette même salle des femmes où M. Gosselin perdait d'érysipèle deux jeunes femmes robustes et bien portantes auxquelles il avait enlevé une tumeur du sein au bistouri, je viens, en 1884, d'enlever vingt-deux tumeurs mammaires, dont plusieurs énormes et nécessitant le curage complet de l'aisselle, *sans une seule menace d'érysipèle.*

pourvu qu'ils rentrassent dans les principes de la méthode antiseptique : pansements de Lister et de Guérin, pulvérisation prolongée, bain permanent, iodoforme, etc.

En résumé, je repris à mon passif l'admission des érysipélateux du dehors, le mélange de tous les malades dans la même salle, l'emploi de l'instrument tranchant, c'est-à-dire tout ce qui avait paru nuisible à mon prédécesseur, et je ne portai en échange à mon actif qu'un seul moyen, l'usage de la méthode antiseptique.

Voici quels furent mes résultats pour une série de trois ans, pendant lesquels je fis prendre le relevé de tous les cas observés dans mes salles par trois de mes meilleurs élèves : MM. Méricamp, 1877 ; Tuffier, 1878; Bruchet, 1880[1].

NOMBRE TOTAL DES CAS

1877.....	13	30. Moyenne annuelle, 10.
1878.....	10	
1880.....	7	

Mortalité

1877.....	3	7. Moyenne annuelle, 2 1/3.
1878.....	2	
1880.....	2	

Cas extérieurs			Cas intérieurs :	
1877.....	3	.....	10	24. Moy. ann., 8.
1878.....	3	6. Moy. ann., 2.....	7	
1880.....	»	.....	7	

Si l'on compare cette série au mauvais triennat de M. Gosselin (1862-63-64), on constate en ma faveur une diminution exprimée par des chiffres saisissants, 30 cas au lieu de 133, avec 7 morts au lieu de 31. Mais, si l'on met de nouveau en regard mon relevé avec le triennat heureux de notre collègue (1865-66-67), on voit l'écart disparaître presque entièrement et une amélioration presque équivalente se dessiner des deux côtés. En effet, M. Gosselin enregistre 45 cas avec 9 décès et moi 30 cas avec 7 morts. Évidemment la comparaison est encore à mon bénéfice, et, comme je ne puis le devoir qu'aux applications de la doctrine septicémique — ayant, comme je l'ai dit plus haut, négligé de gré ou de force toutes les précautions recommandées par M. Gosselin, — je suis en droit de conclure que les pansements antiseptiques à eux seuls ont diminué le nombre total des érysipèles nosocomiaux plus que l'ensemble des

1. L'année 1879 ne figure pas ici parce qu'une partie des notes qui s'y rapportent ont été égarées, et que je ne puis fournir de statistique intégrale. Cette année, du reste, a été une des moins chargées, de sorte que sa suppression de la série ne modifie nullement mes résultats, du moins dans le sens de l'optimisme.

mesures prises par un des chirurgiens qui se sont occupés avec le plus de persévérance et d'habileté de leur prophylaxie.

Est-ce à dire que l'antisepsie suffise à tout et dispense de tout, comme paraissent le croire ses partisans fanatiques ?

Évidemment non, et je vais montrer, chiffres en main, que si j'avais pu associer à l'action préventive des pansements antiseptiques l'action préservatrice d'un isolement complet et efficace, j'aurais obtenu un chiffre bien meilleur encore.

Voici mes preuves. Tout le monde accorde qu'un sujet atteint d'une maladie contagieuse : variole, scarlatine, coqueluche, etc., entrant dans une salle indemne de tout cas de ce genre, y fait souvent naître une épidémie plus ou moins nombreuse et plus ou moins durable. Le fait est surabondamment démontré pour l'érysipèle, qu'il vienne du dehors ou qu'il se développe à l'intérieur. Or, comme on pourra le constater en jetant les yeux sur mes observations résumées (Voy. les notes justificatives), j'ai eu en 1877, 1878 et 1880, trois petites épidémies de ce genre, la première comptant 5 cas, la deuxième et la troisième 4 cas chacune, total 13.

Le cas initial de chaque épidémie ayant été certainement l'origine des contaminations ultérieures, celles-ci eussent manqué si le premier érysipèle n'avait pas été amené du dehors, ne s'était pas développé dans les salles, ou même avait été dès son apparition rigoureusement isolé et soigné jusqu'à terminaison par la guérison ou par la mort.

Alors j'aurais compté : en 1877, 9 cas au lieu de 13; en 1878, 7 cas au lieu de 10; 4 cas au lieu de 7.

En somme 20 cas au lieu de 30, c'est-à-dire un gain de 33 p. 100, et comme une des opérées, morte dans la dernière de ces épidémies, était d'une très bonne constitution et n'aurait certainement pas succombé aux suites de son opération, le chiffre de ma mortalité serait tombé de 7 à 6, faisant diminuer du coup la colonne de la léthalité de 14 p. 100, ce qui n'est pas à dédaigner.

Je viens de trouver tout récemment encore une confirmation de ces vues. La diminution de l'érysipèle dans mon service est si évidente, qu'au moment où je commençais à rédiger cette note (janvier 1885), aucun cas ne s'était présenté ni développé dans mes salles depuis les premiers jours de septembre 1884, où un érysipèle bénin et fugace était parti d'un chancre induré du visage. Tout le reste de septembre, puis octobre, novembre et décembre, étaient restés indemnes malgré un très grand nombre d'opérations pratiquées dans le dernier trimestre de 1884. Nous vivions dans une

grande sécurité, lorsque le 12 janvier entra un blessé atteint d'une plaie de tête compliquée d'érysipèle depuis trois jours. J'instituai aussitôt le traitement approprié et au bout de trois ou quatre jours l'éruption était éteinte. Néanmoins ce cas si léger fut le point de départ d'une petite épidémie qui a depuis affecté cinq autres malades de mes salles, c'est-à-dire que du 12 janvier au 24 février, l'année 1885 compte autant d'érysipèles pour quarante-cinq jours que l'année 1880 tout entière.

Peut-être n'aurais-je pas encore revu cette complication si j'avais pu recevoir et traiter la plaie de tête initiale dans un local tout à fait séparé du reste de mon service.

J'ai dit que je ne m'occuperais pas de ce qui se passe dans les autres hôpitaux et que je me renfermerais dans le cercle de ma pratique, et pourtant j'ai besoin de m'éclairer un peu.

Il paraît que certains chirurgiens de Paris sont assez favorisés du sort pour n'avoir plus au jour actuel un seul cas d'érysipèle dans leur service; loin de moi l'idée de croire qu'ils nous trompent, mais je me demande, sans malveillance aucune, s'ils ne se trompent pas eux-mêmes.

A l'étranger, on applique fort bien la méthode antiseptique et ceux surtout qui regardent plus volontiers au delà qu'en deçà de nos frontières, — ceux que j'appelle familièrement les gallophobes français, — affirment même que nous sommes sous ce rapport inférieurs à nos voisins. Or je lis beaucoup de documents émanés des cliniques et des hôpitaux anglais, allemands, etc., et j'y vois toujours figurer l'érysipèle pour un chiffre variable, mais qui n'est pas négligeable.

Si quelques-uns de nos compatriotes ont définitivement chassé l'ennemi, je les conjure de vouloir bien nous dire par quels moyens. Je les prie surtout d'appuyer leur affirmation non sur des souvenirs, mais sur le relevé intégral de leur service.

A la vérité, si dans un hôpital tout neuf on mettait en vigueur l'antisepsie radicale à partir du premier jour, et qu'on ne reçût du dehors aucun érysipélateux, l'érysipèle pourrait ne jamais paraître, puisque ses germes auraient à franchir de grands espaces pour arriver de la ville jusqu'aux salles de chirurgie. Mais en dehors de ces conditions exceptionnelles, et que pour ma part je n'ai jamais rencontrées et désespère de rencontrer jamais, dans le temps de pratique hospitalière qui me reste, je proclame, au moins en ce qui concerne la clinique chirurgicale de la Pitié, la diminution considérable d'une part, mais la persistance non moins certaine de l'autre.

C'est sur cette persistance et sur ses causes que je veux insister quelques instants.

DE LA PERSISTANCE DE L'ÉRYSIPÈLE A LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA PITIÉ

L'érysipèle des hôpitaux a deux origines : l'une extérieure, l'autre intérieure; c'est une maladie mésologique autant que nosocomiale, qui par conséquent naît et s'alimente à deux foyers permanents, lesquels font continuellement échange d'infection : la ville empoisonnant l'hôpital par les malades qu'elle y fait admettre, l'hôpital à son tour contaminant la ville, ne serait-ce que par les convalescents qu'il y envoie.

Pour faire disparaître l'érysipèle, il faudrait donc supprimer les deux foyers, ce qui me paraît, pour le moment du moins, à peu près impossible; car si à la rigueur nous avons prise sur les cas intérieurs, nous ne pouvons rien contre l'endémie extérieure, endémie qu'on ne saurait nier, et dont je puis d'ailleurs fournir d'éclatants exemples.

Je suis appelé au milieu du département de la Haute-Loire dans un petit château situé à plusieurs kilomètres de tout village. Un jeune homme vigoureux est atteint d'une fracture compliquée de la jambe avec phlegmon diffus des plus graves remontant jusqu'à la cuisse. Je draine, je résèque, j'institue le traitement antiseptique; bref, je sauve le malade et son membre; mais un mois après ma venue, pendant la cure consécutive, qui fut longue comme on peut le croire, la toute jeune femme du patient, qui le soignait avec le plus grand dévouement, est prise d'un érysipèle très grave de la face, auquel elle n'échappe qu'avec peine. Les praticiens du pays n'avaient pas vu d'érysipèle depuis bien longtemps, et je ne l'avais point apporté, car je n'en avais alors aucun dans mon service, et c'est, je le répète, un mois après mon voyage que la maladie s'est déclarée.

En décembre dernier j'ai vu avec M. le docteur Maestrati un jeune homme de la ville, habitant un quartier et un appartement très salubres et qui fut pris d'un phlegmon de la paroi abdominale. Les ouvertures furent faites au thermocautère. Tout alla à souhait pendant une douzaine de jours. A ce moment survint un érysipèle

qui devint ambulant. Je n'avais pu le transmettre, car depuis plusieurs mois je n'avais pas approché un érysipélateux, et M. Maestrati n'en avait aucun dans sa clientèle. Mais l'intérêt du cas réside dans ce fait que le frère du patient, grand et robuste jeune homme qui venait tous les jours savoir des nouvelles, fut pris d'un érysipèle très grave de la face qui dura près de trois semaines.

Voici donc des cas bien évidents d'érysipèles nés à l'extérieur et se propageant à l'extérieur, ce qui prouve que la source externe de l'érysipèle n'est pas près d'être tarie.

J'ai d'ailleurs recueilli jadis avec mon élève et ami le docteur Nepveu un fait qui plaide dans le même sens, et prouve que, pour extirper l'érysipèle du dehors, il faudrait anéantir la malpropreté et certaines industries des grandes villes, problème difficile à résoudre, on en conviendra.

Une chiffonnière de vingt-neuf ans, montée sur une voiture chargée de chiffons, tombe en même temps que quelques ballots de linge sale et se fait au cuir chevelu une large plaie à lambeaux.

L'accident était arrivé à six heures du matin; la blessée entre dans mon service une demi-heure après. Nous examinons à neuf heures les sécrétions de la plaie et nous y trouvons une grande quantité de micrococcus. Le lendemain, douleurs vives et fièvre annonçant un érysipèle qu'on constate le surlendemain matin, quarante-huit heures après l'accident.

La poussière des chiffons voltigeant autour de la blessure s'était déposée à sa surface et avait inoculé l'érysipèle tout aussitôt.

Il faudrait aussi, pour éviter l'érysipèle, supprimer les refroidissements.

Dans le courant de décembre dernier, j'opérai en ville la femme d'un médecin de mes amis. Dans les premiers jours de janvier, tout allant à souhait, je permis quelques sorties en voiture fermée et chauffée. Mais la malade, un dimanche matin, alla passer une grande demi-heure dans une église très froide. Dès le lendemain matin, frisson, fièvre, vomissements, érysipèle, lequel fut facilement combattu et dissipé du reste par la pulvérisation phéniquée.

Pourrons-nous au moins tarir bientôt la source des érysipèles intérieurs? Je n'ose l'espérer. Certainement avec les pansements antiseptiques nous garantissons presque complètement les plaies récentes, accidentelles et opératoires; mais elles ne sont pas les seules d'où peut partir l'érysipèle; nous aurons toujours dans nos salles des ulcères putrides, des eschares de décubitus, des plaques de sphacèle, de vieilles plaies mal désinfectées ou impossibles à

purifier, comme c'est le cas pour les ulcérations cancéreuses, les fistules urinaires ou stercorales, etc.; nous aurons toujours des cachectiques et des sujets minés par la misère, des moribonds qu'on devra se contenter de laver imparfaitement, en un mot maints terrains éminemment favorables au développement ou à la propagation des germes infectieux quelconques et de ceux de l'érysipèle en particulier; — nous admettrons de temps en temps, sans nous en douter, de ces anciens érysipélateux qui à la moindre occasion et même sans traumatisme sont repris de l'exanthème en question; — il nous faudra toujours affronter les chances des auto-inoculations en pratiquant des ouvertures et des contre-ouvertures dans les foyers septiques ou à leur voisinage, en faisant l'extraction des corps étrangers, en pratiquant les opérations cavitaires, etc.

Devant cette impuissance contre le dehors et ce pouvoir limité contre le dedans, faut-il nous résigner et nous croiser les bras? Je ne le pense pas; nous devons au contraire redoubler d'efforts et appeler à notre aide tous les moyens capables de combattre l'ennemi.

Le grand avantage des doctrines parasitaires modernes est de nous indiquer nettement la marche à suivre et les indications à remplir; puis aussi de nous rendre le courage en nous montrant le résultat immédiat des mesures prises conformément à la théorie. Il suffit de considérer l'érysipèle comme une maladie venue du dehors et due à un germe, — que pour le moment et pour les besoins de la cause il est à peine nécessaire de distinguer des autres — pour savoir, sinon comment on pourra le détruire, au moins comment il faudra l'attaquer. Il suffit de constater que ce germe n'existe pas partout et se développe plus particulièrement dans certaines conditions données pour se mettre sur la voie de la prophylaxie. Il suffit enfin d'appliquer aux maladies infectieuses nos connaissances sur la généralisation et la multiplication des espèces pour savoir qu'on arrivera à faire disparaître les microbes d'une endémie, comme on a chassé les loups de nos forêts, les lions du nord de l'Afrique et les baleines de l'océan Atlantique. *Plus on en tue, moins il en naît.*

Dans l'état actuel de la science et de la société de nos grands centres, voici ce qu'il est possible de faire :

1° Les médecins de la ville s'efforceront, autant qu'il sera en leur pouvoir, de soigner à domicile les érysipélateux de leur clientèle et prendront vis-à-vis d'eux les mesures capables d'empêcher la contagion et le développement des petites épidémies locales;

2° Si les malades sont forcés d'entrer à l'hôpital, où je n'admets pas qu'on puisse les refuser, ils seront isolés aussitôt dans des

salles spéciales pour ne pas infecter les salles communes, faire naître les petites épidémies et reproduire l'endémie;

3° Si l'isolement n'est pas réalisable faute de salles spéciales, ce qui est encore le cas pour la presque totalité de nos hôpitaux, on s'efforcera au moins de créer autour du malade une sorte de cordon sanitaire, comme le voulait M. Gosselin, en éloignant de lui autant que possible les autres blessés, en le plaçant dans les derniers lits de la salle, etc.;

4° On traitera enfin l'érysipélateux du dehors par tous les moyens capables d'abréger le mal, de détruire les germes du contage, ou d'empêcher au moins leur dispersion. Les pansements antiseptiques sont ici plus indiqués que jamais ; on aura recours en particulier à la pulvérisation phéniquée prolongée, qui a le double avantage d'agir topiquement sur l'érysipèle et de créer entre l'érysipélateux et ses voisins une sorte d'atmosphère isolante et aseptique;

5° Contre l'érysipèle intérieur les précautions ne sont ni moins nombreuses ni moins efficaces. On évitera d'abord toutes les manœuvres qui, exercées sur les plaies, font si souvent naître l'érysipèle ou la lymphangite par auto-inoculation. On emploiera l'antisepsie sous toutes ses formes et avec tous ses procédés dans les cas de blessures et de plaies, et surtout dans les opérations cavitaires;

6° Si, malgré tout, un cas se développe dans l'intérieur, on le placera autant que possible dans une chambre d'isolement, sinon on lui appliquera l'isolement relatif indiqué plus haut, et on instituera de suite le traitement par la pulvérisation phéniquée, sans préjudice des médications internes indiquées : éméto-cathartique, boissons acidulées, alcoolature d'aconit, etc.;

7° Toutes les précautions antiseptiques et les applications externes de même nature seront continuées longtemps après la disparition de l'exanthème, la contagiosité de celui-ci se prolongeant pendant toute la période de desquamation.

Avec les mesures bien simples d'ailleurs que je viens d'indiquer, j'ignore si l'on fera disparaître l'érysipèle nosocomial, mais j'affirme qu'on le réduira à des proportions insignifiantes. Cette proposition, qui semblerait ne pouvoir être vérifiée que dans l'avenir, est dès aujourd'hui à peu près démontrée, comme l'établissent les quelques renseignements par lesquels je veux terminer cette note.

Étant donnée la double origine de l'érysipèle nosocomial, la ville d'une part, l'hôpital de l'autre, le contingent formé par le dehors est fort important, d'abord par sa quotité, puis par la création des épidémies internes. Dans le premier triennat de M. Gosselin, nous

ne trouvons pas moins de 50 cas extérieurs sur 133, soit 38 p. 100 : moyenne annuelle, 17. — Notre collègue prend les mesures diverses que nous avons énumérées et obtient aussitôt une diminution considérable. Sur un total de 45 cas il n'en reçoit plus du dehors que 13 en trois ans soit 29 p. 100, ou une moyenne de 4 par an. A la vérité cette diminution n'est point réelle, car elle provient en grande partie de ce que l'importation a été supprimée. Elle ne prouve pas que les cas de la ville soient devenus moins nombreux, mais qu'ils ont pris simplement une autre direction.

Ma statistique démontre tout autre chose; elle indique qu'en combattant l'endémie érysipélateuse dans l'intérieur de l'hôpital exclusivement, on arrive à la diminuer considérablement à l'extérieur. Vous allez en juger par les chiffres suivants.

A mon arrivée à la Pitié, les mesures protectrices et prohibitoires de M. Gosselin ayant été abandonnées, les érysipèles de provenance externe et interne étaient devenus très nombreux. Je ne rétablis point la quarantaine, je ne pratique point l'isolement et me contente d'opposer à la maladie la méthode antiseptique. A peine cinq ans s'étaient écoulés que le total des érysipèles tombe à 11 en moyenne annuelle, et que sur ce nombre les cas venus du dehors ne dépassent pas 3 par an. En 1880 même, aucun érysipèle ne me vient de la ville.

Si en trois ans, sans aucune protection contre l'importation, le nombre des érysipélateux admis dans les salles est réduit à 6, soit par an 2 cas en moyenne, tandis que douze ans auparavant le nombre total des admissions externes montait à 50 pour un triennat, soit 16 en moyenne annuelle, il est bien évident que le nombre des érysipèles de la ville a considérablement diminué et que l'endémie du quartier a été réduite dans une proportion considérable.

Cette réduction est-elle l'effet du hasard ou d'une série heureuse qui me soit propre? Point du tout. J'ai interrogé mes collègues de la médecine qui exercent depuis quelque temps déjà à la Pitié; ils m'ont tous déclaré de la façon la plus nette qu'ils observaient actuellement beaucoup moins d'érysipèles qu'autrefois, et qu'en particulier dans ces deux ou trois dernières années la maladie était devenue tout à fait rare. Mon collègue, M. Polaillon, m'a fait la même déclaration, qu'il lui sera du reste facile de vous confirmer.

Cet assainissement du district hospitalier de la Pitié n'est d'ailleurs pas difficile à expliquer; mes collègues de la médecine en profitent, mais n'y sont pour rien; le mérite en revient, je crois, aux chirurgiens de cet établissement, et voici comment.

Il y a dans l'hôpital susdit deux services de chirurgie dirigés,

l'un par mon ami M. Polaillon, et l'autre par moi; nous sommes tous deux fervents adeptes de la méthode antiseptique, et nous appliquons de notre mieux ses procédés divers; grâce à elle, nous avons chassé la pyohémie et rendu l'érysipèle peu commun dans nos salles.

Cette rareté, que les chiffres rendent indéniable, a deux conséquences importantes pour l'extérieur. Les parents qui viennent dans nos salles aux jours de visite n'y contractent plus l'érysipèle; les convalescents d'érysipèle ne vont plus porter la maladie en ville, dans leur famille ou dans leur voisinage.

Donc l'exportation de l'érysipèle nosocomial diminue considérablement.

Par réciprocité, la ville, ayant beaucoup moins de cas, en envoie moins à l'hôpital. Quand un érysipèle entre de l'extérieur dans nos salles, le terrain est relativement peu favorable à sa propagation; les blessés et opérés voisins traités antiseptiquement contractent difficilement la maladie, en guérissent vite et ne la propagent point; les épidémies partielles restent peu nombreuses et sont de courte durée; l'endémie ne s'installe plus ou disparaît, et l'hôpital finit par s'assainir à son tour.

La *diminution entraîne la diminution*, et l'on peut entrevoir le moment où, la graine disparaissant, la maladie disparaîtra; mais nous n'en sommes point là. Quant à l'importation, c'est-à-dire à l'admission à l'hôpital des cas du dehors, je veux formuler un paradoxe, qui ne sera ni le premier ni le dernier peut-être qui sortira de ma plume. Je pense qu'il faudra la favoriser un jour; qu'en d'autres termes, loin de repousser les érysipélateux du dehors, il faudra les appeler *dès que nous posséderons des salles d'isolement* et que notre thérapeutique locale et générale de l'érysipèle aura accru sa puissance.

En effet, la protection, principe respectable en soi, demande à être raisonnée sous peine de devenir illusoire, sinon même nuisible. Nous autres chirurgiens d'hôpital avons raison de garantir nos opérés contre l'érysipèle traumatique; mais à titre de médecins et de citoyens, nous avons plus grand intérêt encore à faire disparaître une maladie endémique. Et quel moyen meilleur que de prendre chaque cas nouveau, de l'isoler, de le traiter, de le guérir pour empêcher qu'il ne communique et ne propage la maladie. L'hôpital se prêterait merveilleusement à cette guerre incessante contre l'endémie érysipélateuse.

Cependant là où les médecins de la ville voudraient et pour-

raient appliquer l'isolement et l'antisepsie, ils le devraient faire.

Messieurs, pour traiter complètement les rapports de l'érysipèle avec la méthode antiseptique, il ne suffit pas de montrer que la seconde a diminué la fréquence du premier; il faudrait se demander encore si elle en a du même coup atténué la gravité; en d'autres termes, il faudrait examiner le pronostic de l'érysipèle avant et depuis les applications de la doctrine septicémique; mais la présente note est déjà bien longue et je l'accroîtrais outre mesure si je voulais élucider ce dernier point. Il est bien entendu néanmoins que je me tiens à la disposition de l'Académie si elle désirait, au cours de la discussion, connaître mon opinion à cet égard.

Pour aujourd'hui, je me bornerai aux conclusions suivantes :

1° L'érysipèle, maladie mésologique, infectieuse, contagieuse, auto-inoculable, a des origines multiples qu'il sera difficile de supprimer de longtemps encore;

2° Dans nos grands centres, l'érysipèle, essentiellement endémique, s'alimente à deux sources distinctes : l'une extérieure, la ville; l'autre intérieure, l'hôpital, qui s'empoisonnent réciproquement;

3° On n'a guère de prise directe sur l'endémie de la ville ni sur les cas sporadiques de l'intérieur; néanmoins on est beaucoup plus puissant dans le foyer nosocomial. Là on peut prévenir dans une large mesure l'apparition et l'extension du mal par des précautions minutieuses contre l'auto-inoculation, par les pansements antiseptiques, par l'isolement s'il est praticable, et à son défaut par la création autour du malade d'une atmosphère circonscrite antiseptique;

4° La diminution de l'érysipèle dans les salles de chirurgie n'a pas seulement pour effet l'assainissement de ces salles, elle entraîne l'assainissement de l'hôpital tout entier et de tout le quartier tributaire de cet hôpital, assainissement péremptoirement démontré par la diminution considérable des érysipèles venus du dehors;

5° Si les ressources prophylactiques et curatives dont la science a démontré l'efficacité étaient rigoureusement et généralement appliquées en ville et à l'hôpital, on pourrait espérer que l'érysipèle deviendrait rare comme la pyohémie et peut-être disparaîtrait complètement comme la pourriture d'hôpital.

Les observations sur lesquelles est basé ce travail sont si courtes et si simples, que j'en vais donner une analyse.

NOTES JUSTIFICATIVES

Année 1877.

1° — Félicité P., blanchisseuse, excellente santé habituelle, constitution robuste, entrée le 23 décembre 1876, salle Saint-Augustin, n° 8. Ablation d'une volumineuse tumeur du sein le 8 janvier; pansement ouvert, aucun accident primitif, apyrexie. — Sans cause connue, ascension subite de la température le 13; érysipèle constaté le 15. Disparition complète le 18.

2° — Dans la même salle des femmes, au n° 16, j'avais le 12 janvier, chez une malade atteinte de cancer rectal, extirpé la cloison recto-vaginale presque tout entière. La température, à 37°,2 le matin, était montée à 38°,2 le soir et à 39 le lendemain matin. — Ce jour-là même, 13 janvier, on constatait le développement d'un de ces érysipèles soudains dont j'ai écrit l'histoire. L'éruption s'étendit aux deux fesses et aux parties attenantes. La fièvre dura jusqu'au 20 janvier. Tout était fini le 21. La malade n'avait jamais paru en danger.

3° — Dans la même salle, n° 26, j'opérai le 19 janvier Alexandrine D., soixante-quinze ans, d'excellente constitution, atteinte de cancroïde de la lèvre supérieure et entrée le 13. Ablation au bistouri, suture métallique. — Le 22, érysipèle, accompagné d'une réaction modérée. Jaborandi. Disparition complète le 26.

4° — Salle des hommes, n° 1. Jeune garçon. Le 22 janvier, ablation très laborieuse d'un polype naso-pharyngien avec hémorrhagie grave. Le 24, apparition d'un érysipèle de la face, qui disparaît au bout de six jours sans nous avoir inspiré d'inquiétude sérieuse.

5° — Salle des femmes, n° 4. Fille de seize ans, de la campagne; entrée le 1er février pour un ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure. Le 12 février, résection de la moitié du maxillaire. Réunion de la plaie cutanée. — Le 17, développement d'un érysipèle de la face qui finit par guérir, mais qui fut très rebelle.

6° — Salle des femmes, n° 5. Jeanne C..., quarante-sept ans, entrée le 27 février; constitution médiocre, névropathe au plus haut degré. Ablation du sein le 17 février. — Le 24, développement d'un érysipèle très léger qui disparut en quelques jours.

7° — Salle des hommes, n° 32. X..., quatre-vingt-deux ans, plaie contuse du sourcil; entre en février à l'hôpital avec un érysipèle

déclaré au dehors, qui envahit presque toute la face et provoque une fièvre assez vive. Guérison en quelques jours.

8° — Même salle des hommes, n° 36. Épithélioma de la joue. Première opération au thermo-cautère le 14 février; petite retouche le 5 mars avec le bistouri : un point de suture. Imprudence du malade qui s'expose au froid. — Le 8 mars, érysipèle qui envahit toute la joue et dure dix jours.

9° — Salle des femmes, premiers jours de mars. Vieille femme d'apparence cachectique; chute sur la cuisse, épanchement de sérosité qui, après avoir disparu, se reproduit sans cause connue et prend des proportions considérables. Trois ponctions avec l'aspirateur Potain. Quelques jours après la dernière, la peau s'enflamme autour d'une des piqûres. La petite plaie se rouvre; un érysipèle en part et s'accompagne de fièvre et de symptômes graves. Puis surviennent des eschares et des suppurations articulaires multiples avec collection métastatique dans le cœur lui-même[1].

10° — Homme, quarante-trois ans, paveur. Le 6 août, chute dans une cave; plaie de tête avec décollement; entrée à l'hôpital le même jour. — Le 7, frisson et ascension de la température à 39°,4. Le 8, érysipèle confirmé, envahissement de toute la face et du cuir chevelu. Tout est terminé le 14.

11° — Homme, entré en octobre avec une plaie de la région sourcilière gauche, très sale et recouverte de croûtes; fièvre et malaise. Un point de la circonférence est rouge et tuméfié; il y a une plaque d'érysipèle qui se limite rapidement dès que la région est nettoyée et purifiée. Un petit abcès se forme sous la plaque érysipélateuse. Guérison en quelques jours.

12° — Homme entré en novembre avec un érysipèle grave développé autour d'une plaie de tête. Mort au cinquième jour.

13° — Femme, salle Saint-Augustin, n° 26, opérée pour un épithélioma du voile du palais. Érysipèle de la face. Mort[2].

Voici donc, en suivant les divisions adoptées par M. Gosselin, le relevé de 1877 :

13 cas, 6 hommes, 7 femmes.

3 morts, 1 homme, 2 femmes.

3 cas extérieurs (VII, XI, XII), 10 intérieurs.

1. On pourrait à coup sûr récuser cette observation IX, car il s'agissait de septico-pyohémie.

2. Je n'ai pu retrouver dans mes cartons ces deux observations, qui ont été prises avec détails, précisément à cause de la terminaison funeste, et que j'ai dû en conséquence ranger avec trop de soin.

Année 1878.

Ce total est moindre encore, car je ne compte que dix cas.

1° et 2° — Deux érysipèles sont venus du dehors au mois de janvier. La maladie, fort légère du reste, guérit rapidement.

3° — En février, deux autres exemples. Chez un coxalgique atteint de fistules multiples périarticulaires, la température monta soudainement, sans frisson ni vomissements. Nous méconnûmes d'abord l'érysipèle, qui était parti d'un vésicatoire appliqué sur le genou pour combattre la douleur sympathique et qui progressa simultanément vers la hanche et vers les orteils.

4° — Le 9 février, entra dans mes salles un ivrogne atteint d'une plaie à lambeau du cuir chevelu que nous ne réunîmes pas. Le 17, malaise général, fièvre, tuméfaction œdémateuse du lambeau avec sensation très manifeste de fluctuation. Je crus à une collection sous-cutanée et je donnai un coup de bistouri, qui ne livra issue qu'à de la sérosité et à du sang. L'érysipèle gagna successivement toute la tête et toute la face, s'accompagnant de phénomènes assez graves. Il finit cependant par guérir.

5° — Femme de cinquante-trois ans, atteinte de plusieurs adénomes sudoripares de la face. Je rapporterai l'observation avec quelques détails, à cause de la marche irrégulière de l'érysipèle.

Le 3 avril, on enlève avec le bistouri et le thermo-cautère quatre de ces tumeurs siégeant au front, à la paupière inférieure, à la lèvre supérieure, avec extension à l'aile du nez et à la lèvre inférieure, laquelle dût être sacrifiée en totalité.

La température, à 36°,2 avant l'opération, monte à 39°,2 le soir. C'était un accès de fièvre cavitaire qui diminua le lendemain et disparut le troisième jour sans avoir troublé la santé générale.

Le 6 avril, température à 38°,4; mal de tête assez léger, ni frisson ni vomissements; anorexie complète.

Les plaies sont blafardes et les granulations pâles. Aucune rougeur sur les bords, mais l'œdème et la douleur du cuir chevelu avec ganglions cervicaux douloureux caractérisent un érysipèle. Le soir, la température atteint 39°,2.

Même état le lendemain, sans phénomènes généraux graves. On continue les pansements antiseptiques; purgatif; 60 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 8, la céphalalgie diminue, la température tombe à 38°.

Le 10, les plaies ont meilleur aspect; l'œdème du cuir chevelu a disparu; quelques aliments sont pris avec plaisir. Température à 37°,2.

Le 11 au soir, la température remonte à 39°; nouvelle plaque érysipélateuse autour de la plaie de la lèvre supérieure à droite.

Les jours suivants, la rougeur gagne l'aile du nez et l'œil. Le 14 avril au soir, 40°. Cependant, ni troubles cérébraux, ni frissons, ni vomissements. Le lendemain, l'érysipèle commence à pâlir et la défervescence arrive. Température à 37°,4. Purgatif.

Les plaies sont couvertes de belles granulations. Le 18, état général satisfaisant.

Le 19 et le 20, la température s'élève pour la troisième fois à 39°,6. Nouvelle poussée d'érysipèle autour de la plaie de l'aile du nez, poussée d'ailleurs légère, car la température retombe brusquement le lendemain matin à 37°,4.

La rougeur et l'œdème disparaissent peu à peu; la température oscille pendant deux jours autour de 38°; le 24 avril tout était fini.

A cette époque, les plaies de la paupière inférieure et de l'aile du nez sont cicatrisées, celles de la lèvre supérieure et du front ont diminué d'un tiers et sont couvertes de belles granulations. La cicatrisation est moins avancée à la lèvre inférieure; elle n'est pas même complète le 15 juin, alors que toutes les autres plaies sont fermées.

6° — Homme atteint d'otite externe, puis d'otite interne et de suppuration des cellules mastoïdiennes avec nécrose. — A son entrée, tuméfaction douloureuse et rougeur diffuse au niveau de l'apophyse mastoïde. Collection purulente circonscrite. Incision de la peau; constatation de la dénudation osseuse; trépanation; issue de fongosités et de quelques parcelles osseuses; pus très fétide. Cette dernière circonstance et peut-être une imprudence du malade qui, le lendemain, alla se promener dans le jardin, amenèrent le développement d'un érysipèle qui gagna la face et le cuir chevelu, mais resta sans gravité en raison du bon état des organes internes.

En novembre, j'observe une sorte de petite épidémie, c'est-à-dire quatre cas, dont deux se terminent fatalement.

7° — Une simple mention pour un petit coxalgique de quinze ans. L'érysipèle, parti d'une écorchure déterminée par un appareil silicaté, commença par une lymphangite ayant pour caractères les traînées rouges à la cuisse et l'engorgement des ganglions inguinaux. Plus tard, à la suite de plusieurs poussées successives, tout le

membre fut envahi. Marche lente, durée longue, mais terminaison heureuse.

8° — Le 8 novembre, je pratique, chez une femme, la rectotomie pour un cancer du rectum remontant très haut. Le soir même, température à 40°; dès le deuxième jour, l'érysipèle était déclaré. Il entraîna la mort le 16. (Voir plus loin à l'article PRONOSTIC.)

9° — Presque en même temps, le 25 octobre, entrait un homme atteint de fracture de la rotule et d'écorchures insignifiantes dans la région du genou. L'épanchement sanguin intra-articulaire ayant à peu près disparu et les écorchures étant cicatrisées, je fis appliquer le 11 un appareil composé de deux plaques de gutta-percha. Celles-ci rouvrirent les petites écorchures et provoquèrent de la douleur; le soir même, la température monta à 39°, et il fut facile de reconnaître le lendemain une lymphangite qui, partie des écorchures, s'étendit en haut et se métamorphosa bientôt en érysipèle. Accidents généraux graves; mort le 14 novembre[1].

10° — Un jeune homme, atteint depuis très longtemps d'un vaste ulcère de la jambe qu'on pansait avec les bandelettes de diachylon, fut pris, sans cause connue, le 13 novembre, de malaise avec fièvre et frisson. Le soir, le thermomètre marquait 40°. Une lymphangite centrifuge parut le lendemain. Elle remonta ensuite jusqu'à la racine de la cuisse, prenant tous les caractères de l'érysipèle. Tout était guéri au bout d'une dizaine de jours.

En résumé, 10 cas: 6 hommes, 2 femmes; 2 cas où le sexe n'a pas été noté.

Morts, 2 : 1 homme, 1 femme.

Cas venus du dehors : 2; — développés à l'intérieur : 8.

ANNÉE 1880.

Cette année peut passer pour tout à fait exceptionnelle, tant le nombre des cas fut restreint.

1° — Le 14 janvier, un érysipèle sans gravité se développa chez une femme opérée d'une tumeur du sein.

1. L'autopsie a révélé les causes de ces deux terminaisons funestes. La femme à la rectotomie présentait les traces d'une ancienne péritonite et une stéatose du foie. L'homme à la fracture, dont je fis l'autopsie avec mon collègue et ami Dumontpallier, portait à un degré déjà avancé, au foie et aux reins, les lésions viscérales de l'alcoolisme.

2° — Le 21 janvier, autopsie d'un vieillard mort d'érysipèle. Voici le résumé de son observation :

Homme âgé et très affaibli, depuis longtemps couché dans le service pour un ulcère ancien et étendu de la jambe. Dans les premiers jours de janvier, pneumonie avec adynamie et coma. Un vomitif au début, des révulsifs cutanés, l'alcool et les toniques amenèrent une guérison inespérée. Mais pendant cette maladie, il s'était fait une petite écorchure au visage. C'est de là que partit un érysipèle, qui bientôt se compliqua d'oligurie d'abord, puis d'anurie à peu près complète. Les urines cependant ne renfermaient pas d'albumine en quantité notable. J'avais porté, d'après ce symptôme, un pronostic très grave, qui ne tarda pas à se réaliser. L'érysipèle s'étendit à peine, mais les symptômes typhiques se prononcèrent de plus en plus, et au bout de quatre à cinq jours le malade succombait.

Les reins offraient l'altération sénile : atrophie de la substance corticale ; aspect granuleux de la surface ; diminution de hauteur et d'épaisseur des pyramides. Le foie était de volume ordinaire, mais atteint de stéatose très prononcée.

3° — 14 mars, érysipèle soudain, développé dans les conditions suivantes :

Dominique R..., quarante-cinq ans, est atteint d'un cancer mélanique du rectum et de l'anus. De grosses végétations font saillie au dehors et déterminent beaucoup de gêne. Le patient croit qu'il s'agit d'hémorrhoïdes. Il entre dans mes salles le 10 mars 1880. Le 14, je retranche avec l'écraseur les deux tumeurs pédiculées. Douze heures après, malaise, frisson, température à 40°. Le lendemain, tuméfaction et rougeur du scrotum ; érysipèle confirmé, qui, du reste, s'éteint rapidement.

Au mois de janvier précédent, j'avais vu ce malade chez lui pour un érysipèle grave, consécutif à une première opération palliative qu'un autre chirurgien avait pratiquée.

4° — Le 28 octobre entre au n° 20 de la salle des femmes une pauvre vieille atteinte d'anthrax de la nuque. Elle est prise d'érysipèle le 12 novembre et succombe le 30. Depuis plusieurs mois il n'y avait pas eu dans cette salle un seul cas d'érysipèle. (Voir plus loin l'observation à l'article Pronostic.)

5° — Le 13 novembre, un nouveau cas se déclara. — Marie G..., cinquante-trois ans, entrée le 23 octobre au n° 30 de la même salle, avait été opérée à la fin du mois d'un épithélioma sudoripare du grand angle de l'œil. Elle était en pleine voie de guérison, lors-

qu'elle fut prise de frisson avec fièvre et vomissements. Le 16, apparition sur le dos du nez d'un érysipèle, sans gravité du reste, et qui s'effaça bientôt.

6° — Le 22 novembre, troisième cas. — Tout près de la malade précédente, au lit n° 29, était couchée une femme à qui j'avais fait l'ablation d'une volumineuse tumeur du sein avec extirpation des ganglions de l'aisselle. Les choses allaient à souhait et je m'arrêtais à peine auprès de cette opérée, lorsqu'elle fut prise des signes classiques de l'érysipèle.

Elle eut trois poussées successives et finit par mourir le 9 décembre. L'autopsie fut négative, c'est-à-dire que, contrairement à la règle, nous ne découvrîmes aucune lésion viscérale ancienne.

7° — Le 10 décembre, j'opérai dans la même salle, au n° 13, une femme de quarante-quatre ans pour une volumineuse tumeur du sein. L'opération fut grave et laborieuse, car pour faire l'ablation complète des ganglions axillaires, je dus faire la section préalable du grand pectoral et l'excision d'un segment étendu de la veine axillaire. Le lendemain, état général excellent; ni fièvre ni douleurs, moral tranquille. Dans la soirée, élévation de la température, vomissements la nuit. Le lendemain matin, moins de quarante-huit heures après l'opération, on constatait le développement de l'érysipèle ; la maladie fut intense et les symptômes généraux violents. Le 22 décembre seulement la rougeur cessa de s'étendre et l'état général devint un peu meilleur. C'est à la fin du mois seulement que tout danger disparut.

Voici le relevé de 1880 :
2 hommes, 5 femmes.
2 morts : 1 homme, 1 femme.
Les sept cas développés à l'intérieur.

Je joins à titre de renseignements les cas observés dans l'année 1883.

1° — Homme entré le 6 janvier à la Pitié pour une petite plaie de tête. Érysipèle le 10. Pulvérisation phéniquée. Guérison complète en quatre jours.

2° — Homme entré le 22 février pour une plaie de tête compliquée d'érysipèle depuis la veille. Pulvérisation phéniquée. Guérison.

3° — Homme entré le 24 mars pour une plaie de la région temporale traitée en ville par la suture avec drainage. Le lendemain de l'entrée, frisson, fièvre, vomissements annonçant l'invasion d'un érysipèle qui guérit en six jours.

4° — Femme entrée à l'hôpital le 20 juin pour un adénome sudoripare récidivé. Deux ans auparavant, première opération suivie d'érysipèle. Nouvelle ablation le 7 juillet. Pansement antiseptique mal fait. Le 8, érysipèle soudain, guéri en quatre jours.

5° — Femme bien portante en apparence, mais très grasse et probablement atteinte d'une maladie de foie, entre le 12 juillet pour une récidive d'un énorme épithélioma sébacé du dos. Opération le 16. Le 18, adénopathie axillaire double. Le 20, érysipèle né sur le contour de la plaie, qui s'étend successivement à la totalité du corps et que rien ne peut arrêter. Mort le 14 août. Autopsie interdite.

6° — Femme très grasse, entrée le 27 juillet pour une lymphangite gangréneuse du sein avec érysipèle, qui s'étend et finit par faire le tour du corps. Guérison.

7° — Homme entré à l'hôpital le 27 juillet, pour une plaie de tête par balle de revolver. Le 30, extraction du projectile. Le 19 août, par suite d'une imprudence, symptômes généraux annonçant un érysipèle, qui paraît le lendemain et ne dure que quelques jours.

M. Verchère, alors mon interne, et qui s'était chargé de recueillir toutes les notes relatives à l'érysipèle, m'affirme que dans le reste de l'année il ne s'en est présenté aucun autre cas. En supposant une ou deux omissions, d'ailleurs sans cas de mort, le total serait toujours fort restreint.

Le résumé de 1883 sera donc le suivant :

7 cas : 4 hommes, 3 femmes ;

6 guérisons, une mort.

5 cas développés à l'intérieur, 2 cas venus du dehors.

Point d'épidémie, mais l'opérée du 7 juillet a contagionné peut-être celle du 16, laquelle a succombé.

M. Gosselin, qui prit la parole à la suite de cette communication, déclara que les faits recueillis par lui depuis 1872 confirmaient ma manière de voir, et en outre que les antiseptiques sont, dans une large mesure, préservateurs de l'érysipèle traumatique opératoire (*Bull. Acad. de méd.*, 1885, p. 257).

M. Panas est également du même avis ; il pense que l'on ne

pourra faire disparaître l'érysipèle des services de chirurgie que le jour où l'on arrivera à faire de l'antisepsie parfaite (*Ibid.*, p. 621).

M. Léon Lefort pense qu'il faut distinguer l'érysipèle primitif, survenant immédiatement après une opération, de l'érysipèle consécutif. Le premier est très souvent le fait du chirurgien, de ses aides, du malade lui-même; le second est le plus souvent dû à la contagion. Le pansement de Lister diminue dans d'assez fortes proportions les érysipèles, parce qu'il supprime les cas dus à la contagion, cas de beaucoup les plus nombreux; en revanche, il augmente ceux d'érysipèle primitif, qui sont beaucoup plus rares avec les pansements humidifiés par l'eau alcoolisée, camphrée, ou l'eau simplement aiguisée d'alcool ordinaire, que par les pansements phéniqués (*Ibid.*, p. 262 et *séance du* 31 *mars*, p. 480).

M. Trélat admet bien, comme les précédents orateurs, que la substitution générale des pansements antiseptiques aux pansements anciens a déterminé une diminution considérable dans le nombre des érysipèles. Mais pour lui la vraie prophylaxie ne consiste pas dans l'application de tel ou tel agent, mais dans les précautions prises par le chirurgien pour empêcher l'infection venue du dehors ou l'éclosion de la maladie à l'intérieur. Il faut avant tout dire que l'érysipèle est une maladie infectieuse et contagieuse, et veiller à ce que toute personne qui touche aux blessés, surtout le personnel inférieur des hôpitaux, n'ouvre pas à chaque instant la porte à toutes les contagions et ne détruise pas les précautions prises par le chirurgien (*Ibid.*, p. 266).

M. Alph. Guérin est convaincu que le pansement ouaté met les blessés et les opérés à l'abri de la contagion des germes apportés par les érysipélateux venus du dehors, et que par conséquent non seulement les pansements antiseptiques diminuent le nombre des érysipèles, mais encore que le bandage ouaté, tel que l'applique M. Guérin, est un moyen sûr d'en préserver les blessés (*Ibid.*, 24 mars, p. 437).

Mon collègue à la Pitié, M. Polaillon, a obtenu des résultats fort analogues aux miens quoique avec des moyens différents, puisque loin d'employer les pansements antiseptiques ouverts, M. Polaillon recherche la réunion immédiate toutes les fois qu'elle lui semble possible. Voici ces résultats :

Sur un total de 5837 malades entrés dans son service en six années, du 1er janvier 1879 au 1er janvier 1885, M. Polaillon a observé 62 cas d'érysipèle, parmi lesquels 9 se sont terminés par la

mort ; 19 cas venus du dehors ont donné 4 décès ; 43 érysipèles, dont 13 post-opératoires et 30 dits spontanés, ont donné 5 décès, tous dans les cas spontanés. Il croit donc que le pansement de Lister, et en général les pansements phéniqués, ne mettent pas à l'abri de l'érysipèle, mais qu'il en atténuent la violence (*Ibid.*, p. 446).

Dans une séance postérieure, M. Hervieux s'est efforcé de démontrer qu'il y a identité de nature entre l'érysipèle et la septicémie, qu'elle soit puerpérale ou chirurgicale ; que l'érysipèle, n'étant qu'une des expressions de la septicémie, peut engendrer par contagion cette dernière, comme la septicémie engendre l'érysipèle ; que, par conséquent, l'érysipèle impose aux chirurgiens comme aux médecins l'emploi des mêmes mesures préservatrices que la septicémie elle-même (*Ibid.*, 21 avril, p. 565).

La divergence des opinions émises par les orateurs précédents, sur la nature et la gravité de l'érysipèle, amène M. Trélat à en rechercher la cause, qu'il croit trouver dans la manière différente dont les chirurgiens appliquent la méthode antiseptique ; il pense que les pansements rares mettent mieux que les pansements fréquents à l'abri de la contagion des germes érysipélateux et qu'il faut, par conséquent, préférer les premiers aux seconds (*Ibid.*, p. 573 et 645).

M. Cornil explique ce résultat ainsi que la différence de gravité de l'affection, par ce fait que, dans l'érysipèle médical, le microbe érysipélateux se trouve seul, tandis que dans l'érysipèle chirurgical ou puerpéral, il se trouve réuni avec celui de la pyohémie, et qu'en outre ces micro-organismes évoluent sur des sujets affaiblis par une affection antérieure ou un traumatisme (*Séance du 12 mai*, p. 642).

J'ai repris la parole en ces termes pour réfuter quelques assertions émises par les orateurs précédents et pour insister sur certains points de mon premier discours [1].

« Il entre dans les coutumes académiques, lorsqu'une discussion paraît close, de donner une dernière fois la parole à son promoteur, afin qu'il puisse défendre ses opinions si elles ont été combattues, et répondre aux objections.

» La liste des orateurs inscrits étant épuisée, je remonte à la tribune, mais avec l'intention d'être bref, car je n'ai point rencontré

1. *Bull. Acad. de méd.*, 9 juin 1885, n° 23, p. 801.

de contradictions sérieuses, mes collègues ayant admis avec moi la diminution considérable de l'érysipèle dans les services de chirurgie, et n'ayant point contesté sa persistance dans une certaine proportion.

» Il me semble même que, sur le premier point tout au moins, quelques-uns se sont montrés bien optimistes; ainsi M. Alph. Guérin déclare qu'il était parvenu, dans les dernières années de son service à l'Hôtel-Dieu, à bannir complètement l'érysipèle de ses salles; M. Trélat a été assez heureux pour n'observer que deux cas à la clinique de la Charité, et M. Léon Le Fort serait arrivé à des chiffres tout à fait insignifiants, puisqu'en dix-sept ans il n'a perdu que 15 érysipélateux, c'est-à-dire un peu moins de 1 par an.

» MM. Gosselin et Polaillon ayant été moins favorisés, comme moi-même, je me demande d'abord ce que MM. Guérin et Trélat font des cas venus du dehors et qui chargent si fort notre passif. Ne les reçoivent-ils pas dans leurs salles ou ne les font-ils pas entrer en ligne de compte? S'il en était ainsi, leurs relevés ne seraient nullement comparables aux nôtres, et notre infériorité ne serait sans doute qu'apparente.

» M. Le Fort a pu tout récemment se convaincre de l'importance des cas extérieurs, puisqu'il vient d'observer dans ses salles une série de 10 cas, dont 3 mortels, et dont 3 venaient précisément du dehors.

» S'il y a accord unanime sur la diminution numérique absolue, il n'en est plus de même sur les causes de cette diminution. Personne ne conteste qu'elle soit principalement due aux modifications profondes apportées au traitement local des plaies depuis un certain nombre d'années; mais ces modifications sont multiples et chacun affirme surtout la puissance de celles qu'il a adoptées.

» Ainsi M. Alph. Guérin croit au pansement ouaté. M. Gosselin a foi dans les substances antiseptiques, alcool et acide phénique, employées à doses suffisantes; M. Panas vante l'antisepsie, qui comprend des mesures variées; M. Trélat ne donne pas sa confiance exclusive à tel ou tel agent antiseptique particulier, mais à l'emploi de diverses précautions antiseptiques capables de mettre la plaie à l'abri de la contagion; parmi ces précautions, il place au premier rang les pansements rares et la réunion immédiate.

» M. Polaillon, dont les résultats se rapprochent infiniment des miens, est éclectique; il recherche par tous les moyens l'asepsie des plaies et emploie à cet effet le pansement de Guérin, le pansement de Lister, le lavage des plaies cavitaires, la réunion immédiate, le pansement antiseptique ouvert, etc.

» Il m'est plus difficile de savoir exactement ce que pense M. Le Fort. Je n'ignore pas, et je l'en félicite, qu'il préconise l'extrême propreté des plaies, des instruments, des aides et des chirurgiens eux-mêmes. Je suis heureux d'être en communauté d'idées avec lui sur les auto-inoculations, sur les explorations inutiles et dangereuses, sur la fréquence des érysipèles causés par des manœuvres intempestives, les mauvais pansements, et ce que j'appelle les microtraumas des plaies. Mais je m'étonne qu'il accorde à l'acide phénique le pouvoir de tuer les germes de l'érysipèle, et qu'il accuse ce même acide phénique d'occasionner l'érysipèle. Je m'étonne encore qu'après avoir affirmé son défaut de confiance dans les agents antiseptiques, notre collègue recommande le camphre et nous montre l'érysipèle envahissant ses salles à plusieurs reprises, chaque fois que l'alcool pur est substitué à l'alcool camphré. De deux choses l'une, si les précautions contre la contagion sont suffisantes, les parasiticides sont superflus; mais si le camphre est d'une utilité incontestable, les précautions anticontagionnistes sont manifestement insuffisantes.

» Les praticiens qui suivront nos débats seront quelque peu perplexes devant ces dissidences, et se demanderont quelles sont véritablement les meilleures mesures à prendre pour prévenir l'érysipèle. Ceux qui imiteront M. Trélat, qui fait la réunion immédiate à outrance et ne paraît l'avoir jamais trouvée contre-indiquée, suture-ront toutes les plaies; ceux qui auront suivi ma clinique ne réuniront guère, m'ayant entendu citer 35 cas d'ablations du sein, la plupart fort étendues, faites en 1884 et pansées à plat sans un seul cas d'érysipèle; ceux-là mêmes seront surpris des reproches faits à l'acide phénique par M. Le Fort, qui sauront que, peut-être par fidélité pour mes anciens serviteurs, je continue à me servir de cet acide, persuadé qu'on lui doit en partie la diminution de l'érysipèle, comme la disparition presque complète de la pyohémie.

» Je reviens au second point de ma communication, c'est-à-dire à la persistance de l'érysipèle nosocomial. Ici je constate avec regret qu'aucun de mes collègues n'a traité la question et n'a paru même y apporter la moindre attention. On semble satisfait de ne plus compter les érysipélateux par cinquantaines, et l'on néglige les quelques cas qu'on observe encore dans le courant d'une année, comme si ces cas, si clairsemés qu'on les suppose, n'étaient pas capables d'entretenir l'endémie, de rallumer les épidémies, et en tout cas de faire encore périr çà et là quelques opérés ou blessés.

» Or, je le répète avec insistance, la méthode antiseptique, si puis-

sante qu'elle soit, ne saurait à elle seule conjurer le danger tant qu'on n'y joindra pas des mesures prophylactiques capables de garantir la population hospitalière contre l'invasion du dehors. On ne pense pas assez, en effet, aux cas assez communs dans nos services de chirurgie et dans lesquels l'antisepsie complète et radicale n'est pas possible, quels que soient les procédés qu'on emploie et avec quelque habileté qu'on les applique. Dans un service où règne l'endémie érysipélateuse, M. Alphonse Guérin ne pourra pas placer son pansement ouaté en cas d'ablation du maxillaire supérieur ou d'uréthrotomie externe. Le pansement complet de M. Lister ne conviendrait pas mieux en cas d'ablation du rectum ou de phlegmon gangréneux des bourses. En vain M. L. Le Fort commandera la propreté excessive, proscrira les éponges et les pinces à pansement munies de mors cannelés, fera doubler la dose du camphre dans l'alcool, il n'empêchera pas un malade venu du dehors d'infecter son service et de répandre dans l'air de la salle les germes érysipélateux. La preuve en est dans ce qui s'est passé chez M. Le Fort lui-même au mois de février dernier. Une petite épidémie éclate à la salle des hommes, dont quatre sont pris d'érysipèle de la face, sans que la contagion directe, au sens littéral du mot, ait joué aucun rôle.

» Efficacité et insuffisance, notez-le bien, ne sont pas des termes contradictoires. L'antisepsie a une sphère d'activité à l'hôpital, dans un milieu limité; avec le temps et la persévérance, elle finira par détruire l'érysipèle; mais elle est désarmée contre les foyers du dehors, contre l'importation incessante de la ville, et c'est contre cette source d'infection qu'il faudrait lutter aussi.

» J'ai été, je l'avoue, fort désappointé en voyant mes collègues laisser de côté cette importante question de l'isolement des érysipélateux venus du dehors ou nés dans les salles. Pensant que la discussion académique aurait un grand retentissement, j'aurais formulé quelques propositions qu'en votre nom et avec votre grande autorité on aurait pu porter devant l'administration de l'Assistance publique et devant nos édiles, qui se disent si soucieux des intérêts matériels de notre grande cité.

» Je ne puis rien espérer maintenant; si je demande des salles d'isolement, on me répondra qu'elles ne sont pas nécessaires et que mes collègues, aussi compétents que moi, n'en ont pas reconnu l'utilité.

» Si je n'avais pas craint de fatiguer l'Académie, je lui aurais communiqué le récit bien démonstratif de deux petites épidémies d'érysipèle que je viens d'observer dans mon service[1].

1. Nous rapportons plus loin (Voy. p. 582) la relation de ces deux épidémies.

» La première comprend six cas, la seconde quatre, en tout dix. Chaque épidémie est née par l'admission d'un cas du dehors. Mes salles étaient indemnes depuis quatre mois, quand en janvier entra un érysipèle du cuir chevelu, qui marqua le début de l'infection. Les mêmes salles sont redevenues saines depuis trois mois, c'est-à-dire depuis la sortie du dernier cas de la seconde épidémie; d'où résulte, avec une évidence presque absolue, que si la ville ne m'avait pas versé deux érysipélateux, le 12 janvier et le 15 mars, je n'aurais pas eu un seul cas de cette maladie depuis le commencement de septembre 1884, c'est-à-dire depuis plus de neuf mois. Et si l'immunité s'était prolongée encore quelque temps, j'aurais pu vivre dans l'espoir d'avoir extirpé de mon service, hélas! si peu modèle de la Pitié, la funeste graine de l'érysipèle.

» Mais que, aujourd'hui ou demain, comme en janvier et en mars, un nouveau cas vienne du dehors, qu'il infecte quelques-uns de mes moribonds et de mes cachectiques, et tout le fruit de mes efforts sera perdu.

» Vous voyez donc pourquoi, messieurs, je voulais poser le principe de l'isolement à côté de celui de l'antisepsie, car tous deux sont de même importance et de même nécessité.

» J'ai promis d'être court; je ne puis cependant quitter la tribune sans remercier M. Cornil de l'aide qu'il m'a prêtée. J'avais, dans ma première communication, admis résolûment et comme une chose démontrée la nature spécifique, parasitaire, microbienne, si l'on veut, de l'érysipèle, et si je n'avais pas insisté sur ce fait important, c'est que j'avais voulu surtout m'occuper de la prophylaxie.

» Mais des doutes ou des réserves ayant été formulés par MM. Trélat et Le Fort sur l'existence des germes érysipélateux spéciaux, M. Cornil nous a montré ses préparations et les cultures qu'il a faites dans son laboratoire depuis tantôt deux ans.

» Si M. Cornil n'était pas intervenu avec sa grande autorité, j'aurais répondu moi-même que les germes spécifiques de l'érysipèle ont été découverts depuis près de vingt ans, que mon élève et ami, le Dr Nepveu, me les a montrés avant 1870, qu'on les multiplie à volonté, qu'ils sont dans le commerce, où on peut se les procurer contre argent comptant, qu'ils ont même servi déjà à des expériences sur l'homme, expériences d'ailleurs absolument blâmables, étant à la fois inutiles et dangereuses.

» La chose a une importance doctrinale considérable, sur laquelle je demande à insister quelques instants.

» Si l'érysipèle a pour agent un microbe spécial, on doit toujours

redouter son apparition là où le microbe existe, et l'on n'aura rien à craindre là où le microbe fait défaut. D'autre part, le microbe de l'érysipèle ne produira que l'érysipèle et rien autre; si donc chez le même malade et dans la même région on voit paraître, en même temps que l'érysipèle, une autre affection contagieuse et inoculable, on devra croire à une combinaison pathologique, à une association de microbes multiples et différents. Ces propositions, que je suis tout disposé à soutenir et à développer, me permettent de combattre quelques propositions émises par MM. Le Fort et Hervieux.

» Ces deux honorables collègues sont disposés à admettre deux espèces d'érysipèle : l'un isolé, sporadique, idiopathique, primitif, non contagieux, non infectieux; l'autre présentant des attributs tout opposés, c'est-à-dire étant transmissible et septicémique. Je ne puis admettre une semblable distinction. Pour moi, la spécificité implique l'unité de nature. De même qu'il n'y a pas deux varioles, ni deux rages, ni deux morves, ni deux fièvres jaunes, ni deux syphilis, il n'y a pas deux érysipèles. L'agent morbide, graine, germe, microbe, spore, le nom importe peu, est un et unique, rien ne peut le produire que lui-même; il naît, se propage, se multiplie et meurt comme les êtres organisés d'un ordre supérieur.

» C'est assez dire que je ne crois pas avec M. Le Fort que les causes banales : mauvais pansements, irritations des plaies, topiques quelconques, puissent jamais engendrer l'érysipèle. Autant vaudrait affirmer qu'en irritant la verge, on fera naître un chancre infectant, et qu'en tourmentant les bronches ou la peau d'une certaine façon, on engendrera la coqueluche ou la rougeole !

» Je conçois qu'en voyant apparaître un érysipèle dans un petit château du centre de la France, là où on n'en avait jamais vu, on s'étonne et on se demande d'où le germe a bien pu venir. Mais si, dans ce même lieu retiré, on constatait l'existence de plaques muqueuses anales, on n'admettrait pas leur développement spontané, mais on instituerait une enquête pour trouver l'origine du mal et sa porte d'entrée.

» Pour les mêmes motifs, je rejette absolument l'essai de généralisation de M. Hervieux. Pour notre collègue, l'érysipèle et ses variétés, les septicémies chirurgicale, puerpérale et infantile, la pyohémie elle-même ne seraient en quelque sorte qu'une seule et même maladie, dus à un même germe, ils pourraient se produire l'un par l'autre et se remplacer, se substituer indifféremment. Au nom de la spécificité, je repousse une pareille fusion, je devrais dire une pareille confusion.

» Qu'un chirurgien qui vient de panser un érysipélateux communique à une accouchée une lymphangite génitale ; qu'une sage-femme, ayant une écorchure au doigt, contracte un érysipèle en soignant une femme en couches, atteinte d'accidents puerpéraux, rien n'est plus facile à comprendre, car certaines formes de fièvre puerpérale peuvent être considérées comme des lymphangites ou des érysipèles génitaux infectieux. Mais, qu'une pyohémie puisse produire un érysipèle ou réciproquement, mais que la septicémie ordinaire puisse agir de même, voici ce qui ne m'est pas démontré et ce que je nie jusqu'à nouvel ordre.

» Qu'on prenne contre tous ces poisons des précautions minutieuses, rien de mieux ; il est possible, probable même, que la prophylaxie contre les uns est utile contre les autres. Mais d'autre part, admettre l'identité de tous ces germes morbides est, ce me semble, faire un pas en arrière. Le progrès consisterait bien plutôt dans une étude isolée de chaque agent morbigène, avec l'espoir de trouver pour chacun d'eux un moyen de destruction particulier.

» D'ailleurs, la multiplicité d'aspects que montrent ces maladies infectieuses septicémiques s'explique tout aussi bien, comme l'a indiqué M. Cornil, par l'association des germes qui, envahissant simultanément l'économie, font naître des affections mixtes, hybrides, comme l'érysipèle phlegmoneux, le phlegmon gangréneux, la lymphangite infectieuse, la septico-pyohémie, etc.

» Puisque nous pouvons recéler dans notre économie une série de germes introduits à des temps divers, puisque nous pouvons être en même temps paludiques, syphilitiques, tuberculeux, rien n'empêche d'admettre qu'un jour une de nos plaies présente réunis les microbes de la septicémie, de la pyohémie, de l'érysipèle, qui, pénétrant à la fois dans l'économie, y produisent des formes morbides à la fois complexes et graves.

»Cette donnée, comme l'a fait aussi remarquer M. Cornil, jette une vive lumière sur le point très contesté de la gravité de l'érysipèle. Cette maladie, qu'on a faite tantôt trop bénigne et tantôt trop grave, tirerait alors son pronostic de trois sources :

» La quantité et la qualité des germes, — la qualité du terrain, représentée par la constitution ou l'état morbide antérieur du malade ; — enfin l'adjonction aux germes érysipélateux d'autres germes morbides plus nuisibles.

» Je regrette que l'Académie n'ait pas paru s'intéresser davantage à une question si importante, si pleine encore de difficultés et qui soulève tant de questions capitales de pathologie générale et spéciale. »

M. Alph. Guérin me répondit que les érysipélateux venus du dehors lui servaient à démontrer que les blessés pansés par sa méthode n'avaient rien à redouter de l'érysipèle, dont les mettait à l'abri l'ouate enveloppant la plaie; qu'au surplus, M. Polaillon n'avait jamais vu l'érysipèle chez les blessés pansés avec l'ouate. M. Guérin s'étonnait donc de m'entendre dire que son pansement n'était pas un préservatif contre l'érysipèle.

Je répondis à M. Guérin que je n'avais pas incriminé son pansement, m'étant borné à rappeler qu'il n'était pas applicable à tous les cas et qu'il était insuffisant pour réaliser une prophylaxie complète. Et je citai à ce propos le fait suivant :

Un homme entre dans mon service où régnait l'érysipèle avec une fracture compliquée de l'humérus; je le mets sous le pansement ouaté; quelques jours après, il prend un érysipèle de la face. Il est bien certain que le pansement ouaté, pas plus que tout autre pansement antiseptique, ne pouvait rien contre cette complication.

En d'autres termes, l'antisepsie, n'étant pas réalisable dans tous les cas, sera forcément insuffisante pour prévenir tous les érysipèles.

A quoi M. Guérin répondit que le pansement ouaté avait sauvegardé la région blessée, que c'était loin d'elle que l'érysipèle s'était développé, et que mon cas était donc des plus favorables à son mode de pansement.

M. Trélat fit ensuite remarquer qu'il était partisan systématique, mais non *à outrance*, de la réunion immédiate, réunissant les plaies qui comportent la réunion rapide et pansant les autres sans réunion; — qu'il n'avait émis ni doute ni réserve sur l'existence de germes érysipélateux spéciaux, ayant au contraire provoqué l'importante communication de M. Cornil sur ce sujet. — Il déclara enfin que, pour les cas d'érysipèles extérieurs auxquels je faisais jouer un rôle si important, il les repoussait de son service, et qu'il les envoyait, sans scrupule, dans les services de médecine, où ils sont beaucoup moins dangereux.

« Bien entendu, disait-il, il ne s'agit ici que des érysipèles médicaux, de ceux qui ne réclament aucun traitement chirurgical. En agissant ainsi, j'applique dès le début les doctrines anti-contagionnistes. »

Cette déclaration me valut l'important concours de notre ancien président M. H. Bouley.

« Ainsi vous croyez que l'érysipèle est contagieux, s'écria-t-il, et cependant dans quelques cas vous placez des érysipèles dans les milieux où ils se propagent ! Mais cela ne se fait pas dans la mé-

decine vétérinaire, et ce que nous faisons pour les animaux, il doit être possible de le faire pour l'homme !

» Aussi proposerai-je, guidé par cet ordre d'idées, que M. Verneuil émette un vœu qui serait soumis au vote de l'Académie et dans lequel il solliciterait la création des salles d'isolement pour les érysipélateux. Le conseil municipal, qui trouve assez d'argent pour acheter un tableau représentant la mort de Marat, en trouvera bien également pour de semblables créations. »

Sur la proposition de M. le président, et avec l'assentiment de mes collègues, je rédigeai donc les conclusions suivantes[1]:

« L'érysipèle à Paris, il y a peu d'années encore, était fort commun et très meurtrier, surtout dans la pratique chirurgicale.

» L'antisepsie, appliquée aux plaies, a diminué considérablement sa fréquence et sa gravité sans parvenir cependant à le faire complètement disparaître; l'endémie érysipélateuse persiste, toujours prête à reproduire des épidémies courtes et restreintes sans doute, mais faisant encore un certain nombre de victimes; elle affecte deux foyers distincts, l'hôpital et la ville, qui s'empoisonnent réciproquement.

» L'antisepsie, puissante et efficace dans le milieu nosocomial, est presque irréalisable, en tant que moyen prophylactique, dans le milieu urbain, qui reste et restera longtemps contaminé; de sorte qu'après avoir purifié à force de soins un hôpital ou un service, il suffit d'un cas importé de la ville pour introduire de nouveau le poison dans la place.

» Il serait facile de prouver que chaque année, dans nos hôpitaux, un certain nombre de malades atteints d'autres affections, parfois légères, succombent contagionnés par un érysipélateux venu du dehors.

» L'antisepsie, quelle que soit son immense valeur, ne s'appliquant pas à tous les cas, ne peut mettre entièrement à l'abri de l'introduction, de la dissémination et de la multiplication, dans nos établissements hospitaliers, des germes érysipélateux. Elle ne peut pas empêcher davantage ces germes venus du dehors, cultivés et multipliés à l'hôpital, de se répandre ultérieurement dans la ville.

» Pour prévenir la réinfection des locaux assainis, pour empêcher la dispersion des germes et couper autant que possible le mal à sa

1. *Bull. Acad. de méd.*, 16 juin 1885, n° 24, p. 842.

racine, il n'existe en réalité qu'un seul moyen sérieux : l'isolement des cas développés à l'intérieur ou apportés de la ville.

» La création de chambres d'isolement pour les érysipélateux est donc une mesure nécessaire, impérieusement réclamée par la science et l'humanité.

» En conséquence, l'Académie de médecine demande instamment cette création aux pouvoirs publics, qui, dûment avertis, ne voudront pas, sans doute, conserver plus longtemps la lourde responsabilité du présent état. » (*Très bien!*)

Après une assez longue discussion, non sur le fond, qui obtint l'approbation de l'Académie, mais sur la forme, qui parut renfermer trop de termes techniques, ces conclusions furent renvoyées à une commission composée de M. Trélat et moi, et condensées dans les propositions suivantes[1] :

« La discussion qui vient d'occuper longuement l'Académie a démontré que l'érysipèle est éminemment contagieux, que l'antisepsie en a certainement diminué la fréquence et la gravité, qu'elle ne peut toutefois empêcher ni les malades venus du dehors d'infecter les salles d'hôpital, ni les malades sortis de l'hôpital de reproduire au dehors des foyers d'épidémie : d'où chaque année un certain nombre de décès exclusivement imputables à cette infection réciproque et la persistance indéfinie du mal.

» Pour remédier à cet état de choses, l'Académie de médecine croit qu'il est indispensable d'établir dans les hôpitaux des locaux particuliers où l'isolement des érysipélateux sera sérieusement pratiqué.

» Elle demande donc formellement la création de ces locaux aux pouvoirs publics, qui dûment avertis, ne voudront pas assumer plus longtemps la responsabilité de ce qui existe aujourd'hui.

Les conclusions précédentes, mises aux voix, sont adoptées par l'Académie à l'unanimité.

Cette décision de l'Académie a obtenu déjà un premier résultat pratique que nous sommes heureux d'enregistrer.

En effet, le conseil municipal de Paris, dans sa séance du ven-

1. *Bull. Acad. de méd.*, 23 juin 1885, p. 863.

dredi 7 août, a voté, sur la proposition de M. le Dr Robinet, la construction de pavillons d'isolement dans les hôpitaux *pour les grandes opérations.*

Cette destination paraîtra peut-être un peu trop exclusive ; mais quand les pavillons seront construits, il est vraisemblable que les chefs des services de chirurgie les utiliseront surtout pour la prophylaxie des affections contagieuses, l'érysipèle en première ligne.

RELATION DE DEUX ÉPIDÉMIES D'ÉRYSIPÈLE

OBSERVÉES A LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ EN JANVIER, FÉVRIER ET MARS 1885[1]

Au mois de janvier 1885, l'état sanitaire était parfait à la clinique chirurgicale de la Pitié. M. Kirmisson, mon ami et l'un de mes meilleurs disciples, l'avait dirigée pendant les vacances de 1884 avec son zèle et son habileté habituels; il avait pratiqué sans accidents des opérations nombreuses et importantes; j'avais moi-même repris le service le 15 octobre, et jusqu'à la fin de l'année j'avais opéré beaucoup et heureusement. Pendant l'hiver, l'encombrement avait existé à plusieurs reprises dans mes salles, mais impunément, c'est-à-dire sans faire apparaître les anciennes complications traumatiques, pyohémie, septicémie, érysipèle.

Cette dernière maladie, en particulier, était quasiment oubliée, car le dernier cas, très léger, très fugace, avait été observé en septembre. Je le regrettais presque, car, occupé à corriger les épreuves d'un volume où je parle de l'érysipèle, et voulant vulgariser quelques idées sur cette affection, je me proposais de les exposer à ma clinique; mais pour cela il me fallait des cas venus du dehors ou developpés au dedans, et les deux sources paraissaient taries.

Malheureusement le terme de la trêve était prochain, et les hostilités devaient bientôt recommencer. Un homme reçu du dehors avec un érysipèle du cuir chevelu développé autour d'une plaie infecta mes salles et provoqua une épidémie qui frappa cinq autres malades dans un laps de temps assez court. L'invasion semblait limitée, et on pouvait se croire quitte, lorsqu'une femme fut reçue à son tour avec un érysipèle du bras, consécutif à une lymphangite du doigt, provoquée elle-même par une piqûre. Aussitôt trois nouveaux cas se

1. Extrait de la *Revue de chirurgie*, juillet 1885, p. 529.

déclarèrent coup sur coup; après quoi tout sembla rentrer dans l'ordre. Néanmoins en deux mois je pouvais déjà porter au passif de l'année 1885 dix érysipèles, dont deux s'étaient terminés par la mort, et deux n'avaient guéri qu'après avoir inspiré de vives inquiétudes.

Il m'a semblé intéressant de raconter l'histoire de ces deux petites épidémies successives, parce qu'elles ont été observées avec soin et peuvent jeter quelque lumière sur les questions de contagion, de transmission, de propagation, de réceptivité, etc.

Je relaterai d'abord les faits d'une manière sommaire.

Obs. I. — Le 10 janvier, entra dans mon service C. Antoine, quarante-huit ans, fort, vigoureux, alcoolique. Le 8, il s'était fait, dans une chute, une plaie de quelques centimètres au niveau du pariétal gauche. Un érysipèle se développa soudainement, car le 10, c'est-à-dire quarante-huit heures après, il occupait déjà le cuir chevelu, le front, les paupières et les deux oreilles. Le malade est couché dans une annexe de la grande salle Michon, qui ne contient que trois lits, occupés d'ordinaire par des infirmes et dans laquelle je ne pénètre pas, en moyenne, plus de deux ou trois fois par mois. On avait choisi cette place à dessein, pour obtenir une sorte d'isolement. De plus, on avait institué immédiatement le traitement topique par la pulvérisation phéniquée. Le lendemain 11, je prescris un purgatif et fais continuer la pulvérisation.

Le 12, congestion pulmonaire assez intense avec un peu de souffle vers la pointe de l'omoplate; néanmoins, fièvre modérée, sans phénomènes alarmants.

Le 13, le reste de la face est envahi par l'érysipèle; un abcès se forme à la paupière droite; les symptômes thoraciques continuent sans s'aggraver.

Le 15, incision de l'abcès palpébral. L'érysipèle a presque disparu; la respiration redevient normale.

Le 16, chute de la fièvre; la desquamation recommence.

Le 25, la plaie de tête est cicatrisée; la santé générale est rétablie. Sortie le 30 janvier.

Notons que, du 10 au 16 janvier, chef de clinique, internes de la salle et surveillante du service s'occupèrent beaucoup de ce malade et abordèrent souvent son lit.

Obs. II. — Le 27 décembre 1884, entre dans la petite salle Michon un vieillard de soixante-cinq ans, petit, chétif, pâle, amaigri, miné par les souffrances d'un cancer très étendu du rectum. Le 7 janvier,

colotomie iliaque suivie d'un soulagement immédiat. Cependant le 13, la température monte; les jours suivants elle atteint et dépasse 39°; l'anus fonctionnait bien et le ventre n'était pour rien dans les accidents.

On reconnaît le 16 une phlegmatia alba dolens développée du côté opéré. En même temps la peau s'enflamme autour de l'anus artificiel et le 17 au matin on constate, à 2 centimètres en bas et en dehors de l'ouverture, un point rouge et douloureux avec fluctuation douteuse. Un coup de bistouri rencontre, à 15 millimètres de profondeur, une mince couche de pus. La température, qui était à peine à 38°, monte le soir même à 40°. Le lendemain matin, on vit apparaître un érysipèle qui s'étendit lentement à la paroi abdominale et à la cuisse et dura jusqu'au 27, avec fièvre vive, inappétence, sécheresse de la langue, etc.

Le 28, la rougeur avait disparu et la fièvre était tombée; mais une vaste eschare s'était formée au sacrum et l'adynamie se prononçait de plus en plus. Le 5 février, le malade mourait épuisé [1].

Obs. III. — Dans cette même salle, à quatre lits de distance, entre, le 24 janvier, L. Pierre, soixante-douze ans, maigre, d'apparence cachectique, atteint d'une hernie crurale du volume d'une petite pomme, étranglée depuis six jours. État général grave, vomissements, ventre ballonné et douloureux, peau froide, extrémités cyanosées, langue sèche, prostration extrême, température plutôt basse, à 37°.

Opération immédiate, sans taxis préalable et sans chloroforme.

Sac très épais, doublé de masses graisseuses indurées et adhérent à l'épiploon; ce dernier, chroniquement enflammé en certains points, forme sur l'intestin une enveloppe complète qu'il faut déchirer pour découvrir profondément une petite anse intestinale. Celle-ci est congestionnée, mais paraît assez saine. Les précautions antiseptiques étant prises, je fais le débridement et la réduction : puis je suture le sac après l'avoir toutefois réséqué, ainsi que l'épiploon qui lui adhère. Six sutures métalliques sont appliquées; on saupoudre le pédicule avec l'iodoforme, puis, la plaie cutanée laissée ouverte, on place un pansement antiseptique.

Le soir, hoquet, ballonnement du ventre, pas de selle.

Le lendemain matin, 25, évacuation abondante, soulagement, indolence du ventre; la température se relève à 38°,6.

1. Cette observation sera ultérieurement publiée *in extenso*.

Le 27, un peu de malaise, sans fièvre néanmoins; le pourtour de la plaie est rouge et tendu, parce que les lèvres se sont rapprochées par-dessus le moignon du sac, qui est superficiellement gangrené.

Le 29, ascension brusque à près de 40°. La rougeur s'est étendue aux régions inguinale, crurale et fessière. Le bourrelet manque, mais la sensibilité au toucher est assez vive; bref, c'est un érysipèle. Les phénomènes généraux parlent, du reste, dans le même sens. Inappétence, soif vive, langue sèche, adynamie prononcée.

On institue la pulvérisation. La rougeur s'étend, mais au bout de quatre jours, c'est-à-dire le 2 février, fièvre et érysipèle sont dissipés.

Le reste de la cure progresse sans encombre.

Obs. IV. — Le même 29 janvier, où se déclarait le cas qui précède, un autre érysipèle apparaissait à la salle des femmes chez une malade opérée de cancer du sein vingt jours auparavant, et en proie, depuis l'opération, à des accidents divers dépendant d'une affection rénale d'origine probablement alcoolique. Un matin, après une nuit fort agitée pendant laquelle la plaie, privée de son pansement, avait été exposée à des frottements réitérés, nous reconnûmes un érysipèle avec ascension brusque de la température. L'exanthème ne s'étendit pas beaucoup et n'acquit pas une grande intensité. Néanmoins la mort survint au huitième jour.

L'autopsie montra des lésions anciennes du côté des viscères, sclérose et stéatose prononcées du foie, atrophie de la substance corticale des reins avec kystes multiples, etc. [1].

Obs. V. — Le 11 février, nouveau cas à la petite salle Michon, sur un malade reçu le 29 décembre et couché à côté du cancéreux de l'observation II, mort le 5 février. Ce malade, âgé de quarante ans, avait un cancer récidivé de la mâchoire supérieure droite, pour lequel j'avais tenté des cautérisations au fer rouge énergiques et répétées dans l'espoir de détruire le mal. La vaste excavation ainsi produite était pansée avec des boulettes d'ouate saupoudrées d'iodoforme.

Dans les premiers jours de février, de nouvelles applications du feu paraissant périlleuses, on se contente de toucher deux fois par semaine la partie végétante avec l'acide chromique en solution

1. On trouvera plus loin cette observation, que j'ai publiée avec détails dans les *Arch. génér. de médecine*, sept. 1885, p. 346.

saturée. Toutes ces manœuvres avaient été bien supportées et ne provoquaient ni douleurs vives ni réaction fébrile.

Le 10 février, vomissements, frissons, élévation de la température. Le 11, on constate l'existence d'un érysipèle occupant le pourtour de la plaie génale et l'oreille correspondante. La température monte, le 13 au matin, à près de 40°. On institue la pulvérisation phéniquée. Deux jours après, l'exanthème a disparu et la fièvre a cessé.

Obs. VI. — Immédiatement à la gauche du précédent malade était couché un enfant auquel j'avais pratiqué en janvier une résection partielle du coude droit, pour remédier aux suites d'une ancienne fracture de l'épitrochlée avec luxation de la tête du radius. Malgré le pansement ouaté, l'inflammation avait envahi le reste de l'articulation, et nous avions eu à combattre par le drainage et les bains phéniqués prolongés une arthrite suppurée fort intense.

La fièvre ayant complètement cessé, je voulus fléchir progressivement l'avant-bras, et pour cela, le 20 février au matin, je fis appliquer une bande de caoutchouc fixée au poignet d'une part, et autour du cou de l'autre. Bien que l'action mécanique ait été exercée avec douceur, elle provoqua de la douleur et de l'élévation de température : on supprima la bande le même soir, et on ne la réappliqua pas le lendemain. Comme les jours précédents, on immergea le coude dans un bain phéniqué à 1 p. 100 aussitôt après l'enlèvement de la bande.

En dépit de ces précautions, le 21 février la température était à 40°, et le 22 on voyait apparaître sur la face externe du bras une rougeur à contours saillants caractéristiques, partie de la plaie et atteignant l'insertion du deltoïde.

On continua les bains et les applications phéniqués. En trois jours, tout était terminé.

La seconde épidémie commença le 28 février.

Obs. VII. — Ce jour-là entra à la salle Lisfranc, n° 30, G.K..., soixante-six ans, domestique. Quinze jours auparavant, elle s'était blessée au médius droit, en maniant des ordures. Le lendemain, le doigt gonfla et devint douloureux. Huit jours après, une lymphangite se déclara avec frisson violent, fièvre, symptômes généraux intenses. Bientôt après les traînées rouges apparurent des plaques sur divers points du membre. A l'entrée, on constate un érysipèle en voie de décroissance au bras et en progrès sur le moignon de l'épaule. A ce

niveau, le bourrelet saillant est très nettement marqué. La fièvre est vive, à 39° 4, langue sèche, phénomènes adynamiques. La pulvérisation phéniquée, pratiquée sur le bras, l'avant-bras et la main, amène une grande amélioration, car le lendemain soir la température était à 37°,2. Mais cette rémission fut de courte durée. La rougeur s'étendit au tronc tout entier, puis aux deux membres inférieurs; à diverses reprises le thermomètre remonta au-dessus de 40°. La malade finit par succomber. Les urines renfermèrent toujours une grande quantité d'albumine[1].

Obs. VIII. — L. Émile, cinquante-quatre ans, receveur des contributions, était entré dans mon service, grande salle Michon, n° 25, le 21 février, pour un épithélioma de la joue avec adénopathie sous-maxillaire. Une première opération, pratiquée quatre mois auparavant, n'avait été suivie d'aucun accident, mais la récidive s'était rapidement déclarée.

Opération nouvelle le 25 février; ouverture large de la bouche; ablation des parties malades; extirpation des ganglions sous-maxillaires; pas de réunion; pansement de la plaie du cou au sublimé; lavage fréquent de la cavité buccale avec la solution de chloral.

Les 26, 27, 28 février, tout va à souhait; état général excellent, nulle inflammation de la plaie. La température, ce dernier jour, atteint à peine 38°, le soir.

Le 1er mars au matin, elle descend même au-dessous, mais à partir de ce moment elle monte rapidement. Déjà dans l'après-midi on voit apparaître sur la joue et l'aile du nez une rougeur suspecte, et on soupçonne d'autant mieux l'invasion d'un érysipèle, que le malade accuse du malaise et se plaint d'avoir mal dormi.

Le 2, le doute n'est plus permis, le thermomètre est à 40°,2, un tiers de la face est envahi. — L'éruption fit tout le tour de la tête, descendit un peu sur la nuque, et remonta au cuir chevelu. Jusqu'au 6, la fièvre resta très intense, puis s'apaisa pour se réveiller du 9 au 13, avant de s'éteindre définitivement. L'érysipèle était guéri sable

Obs. IX. — Dans la même salle, sur le même rang, neuf lits plus loin, était couché un malade gravement atteint depuis une douzaine de jours. Opéré le 11 février d'une fistule anale, il avait été pris le

1. L'observation a été publiée dans une thèse récente de M. Blaise, sur l'*Érysipèle hémorrhagique*. On la trouvera plus loin.

15 d'une adénite inguinale, puis le 17 d'une lymphangite gangréneuse qui avait détruit la presque totalité du scrotum et envahi la paroi abdominale et le haut des cuisses. En même temps, fièvre violente, délire alcoolique intense et prolongé, rétention d'urine, langue sèche, état presque désespéré. Des cautérisations nombreuses et très profondes au thermo-cautère et la pulvérisation phéniquée avaient conjuré les accidents aigus; de sorte que, malgré les larges eschares et la suppuration de tous les points cautérisés, la température, du 23 au 26 février, oscillait entre 37° et 38°.

Le 26, éruption d'herpès aux lèvres et sur le dos du nez, qui laisse des croûtes sèches et épaisses. La température s'élève à 39°, puis redescend le 27 et le 28.

Le 1er mars au matin, elle est à 38°, mais le soir elle remonte brusquement à 39°,5. Le 2 mars nous avions l'explication du phénomène.

Au pourtour de la croûte du nez, qui était pourtant restée adhérente, on voyait une plaque rouge allant du lobule à la racine, et latéralement gagnait de chaque côté le sillon naso-génal. C'était un érysipèle commençant. Des applications réitérées de compresses imbibées d'eau phéniquée arrêtèrent les progrès du mal; au bout de quatre jours la rougeur, qui d'ailleurs avait pris peu d'extension, s'était éteinte.

Obs. X. — Toujours dans la même salle, n° 38, à trois lits de distance et sur le même rang, se trouvait un cocher de trente-deux ans, robuste et bien portant. Il était entré le 20 février pour une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus droit et diverses plaies contuses à la lèvre supérieure, au sourcil droit, au cuir chevelu, à la main gauche, etc. Un emphysème sous-cutané occupait la joue gauche. On place un appareil au bras, puis sur les parties blessées des compresses phéniquées.

Les premiers jours se passent bien et les douleurs se dissipent rapidement. Le 2 mars, malaise assez prononcé, langue saburrale, constipation; température du soir, 38°,7.

Le 3, léger gonflement de la face et des paupières du côté gauche; vomissement; température, 38°,5; pas de frisson.

Le 4, le thermomètre est à 39°,2; l'érysipèle est confirmé, mais il est limité au front, au nez et à la joue. Purgatif, pulvérisation phéniquée.

Le 5 et le 6, la rougeur s'étend à l'oreille; à partir du 7 elle s'éteint; le 8, apyrexie complète. Etat général bon.

Réflexions. — Les deux petites épidémies que je viens de raconter, et qui sont restées distinctes, quoique se succédant à courte distance, ont eu chacune pour point de départ un cas importé de la ville. Mais pourquoi ces deux cas ne sont-ils pas demeurés isolés et comment se sont-ils propagés de façon à infecter nos salles? Voilà ce que nous allons examiner.

Tout d'abord la saison était favorable. Tout le monde sait que l'érysipèle, comme du reste la pyohémie et la septicémie, se développe particulièrement dans les premiers mois de l'année, peut-être sous l'influence du froid et sans doute parce que les conditions météorologiques favorisent la multiplication de ses germes. On comprend donc que deux cas arrivant du dehors en janvier et février aient rapidement fait naître l'épidémie. Il ne fallait à la graine que des terrains favorables; or ceux-ci ne manquaient pas, car mon service était en pleine activité, et les deux tiers des malades offraient des solutions de continuité récentes ou anciennes, traumatiques ou pathologiques, toutes disposées pour recevoir les germes.

La prédisposition était rendue évidente par un autre fait. Je ne veux pas discuter ici la parenté plus ou moins étroite existant entre la lymphangite et l'érysipèle, mais je puis rappeler que ces deux affections paraissent, augmentent, diminuent, se combinent et coexistent d'ordinaire dans nos services de chirurgie, que les conditions étiologiques et pathogéniques semblent les mêmes pour l'une et pour l'autre, et qu'enfin l'apparition de la première annonce d'ordinaire, sinon l'invasion de la seconde, au moins l'imminence de cette invasion.

Or, en janvier et février, nous observâmes coup sur coup une série de lymphangites venues du dehors ou développées à l'intérieur, qui marchèrent de pair avec nos érysipèles, et, pendant ces deux mois, semblèrent démentir la bonne opinion que nous professions sur la salubrité de notre service.

Quelques détails sur ces lymphangites ne paraîtront pas inutiles. La contamination du service commença le 30 décembre, par l'admission d'un malade du dehors. Dix autres cas suivirent.

1° — Lymphangite gangréneuse grave du membre inférieur chez un cocher alcoolique qui, entré avec une fièvre intense et le délirium tremens, resta pendant une dizaine de jours en danger de mort et finit par guérir. Gluck, quarante-deux ans, petite salle Michon, n° 1.

2° — Lymphangite de la main et de l'avant-bras développée en ville à la suite d'écorchure du dos de la main. T... Joseph, cordon-

nier, cinquante ans, entré le 10 janvier, grande salle Michon, n° 39. Guérison rapide.

3° — Lymphangite du membre inférieur partant d'une écorchure du talon gauche; T... Eugène, charretier, dix-huit ans, venu de la ville; entré le 20 janvier, grande salle Michon, n° 61. Guérison prompte.

4° — Lymphangite du membre inférieur née dans les salles, partant d'une plaie du genou, résultant elle-même du curage d'une fistule anté-rotulienne consécutive à un hygroma suppuré. Opération le 13 janvier. Plaie remplie d'iodoforme et recouverte d'un pansement ouaté. Le 24 au soir, fièvre, frisson, rétention du pus au niveau du genou.

5° — Lymphangite du membre inférieur, suite d'une petite plaie du gros orteil. Combes Hippolyte, mécanicien, trente-quatre ans, venu de la ville; entré le 24 janvier grande salle Michon, n° 62 *bis*. Guérison prompte.

6° — Lymphangite du membre inférieur, née dans la petite salle Michon n° 17 à la suite d'une amputation partielle du pied pour ulcération chronique des orteils. Opération le 30 janvier. Pansement ouaté soigneusement appliqué. Le 1er février, douleurs dans le moignon et au pli de l'aine; fièvre, malaise; guérison prompte.

7° — Lymphangite peu étendue du pied à la suite d'une blessure du quatrième orteil, adénite inguinale. Martin, terrassier, soixante-quatre ans, venu de la ville; entré le 31 janvier grande salle Michon, n° 39 *bis*. Guérison prompte.

8° — Lymphangite de l'avant-bras, suite de brûlure du pouce. X..., employé, venu de la ville; entré le 31 janvier, grande salle Michon, n° 62 *bis*. Guérison prompte.

9° — Lymphango-adénite ano-inguinale développée dans la salle Lisfranc, n° 5, à la suite d'une opération de fistule avec le thermocautère. Opération le 11 février. Malaise. Guérison prompte.

10° — Lymphango-adénite inguinale, puis lymphangite du scrotum, suivie de gangrène totale. Le tout développé dans la salle à la suite d'une opération de fistule anale pratiquée le même jour que la précédente. Le malade, qui était charretier et très alcoolique, resta longtemps entre la vie et la mort (Voy. p. 587, obs. IX).

11° — Lymphangite gangréneuse du scrotum venue de la ville, et consécutive à une contusion des bourses. X..., soixante-neuf ans, pas d'alcoolisme, entré dans un état presque désespéré. Destruction de tout le scrotum; a fini par guérir.

En somme, trois lymphangites gangréneuses très graves: huit

lymphangites simples, succédant trois fois à des opérations chirurgicales, cinq fois à de légères blessures. De ces onze cas, quatre développés dans l'hôpital et sept venus de la ville à une époque plus ou moins rapprochée du début de leur affection.

Pour donner une idée complète de notre état sanitaire pendant le mois en question, je mentionnerai encore trois cas terminés par la mort, avec accidents septicémiques graves.

1° — Sujet atteint de septico-pyohémie développée en ville et qui vint mourir à l'hôpital en janvier, cinq jours après son admission;

2° — Septicémie à marche prompte, développée chez un alcoolique opéré de résection de la mâchoire inférieure, qui succomba à des hémorrhagies successives et à une gangrène du foyer traumatique[1];

3° — Malade atteint de kystes hydatiques multiples de l'abdomen dont je fis l'ouverture par un procédé qui m'est familier, et qui rendait à chaque pansement une quantité considérable de pus et de débris hydatiques d'une fétidité insupportable.

On voit, par cet exposé, que les conditions mésologiques étaient très défavorables, et que le milieu nosocomial, de son côté, était très disposé au développement des maladies infectieuses. Du temps où la pyohémie était endémique, il est presque certain qu'elle se serait mise de la partie et aurait fait au moins quelques victimes parmi les blessés que je viens de citer.

J'ai dit que le terrain ne manquait pas pour la culture. Quels furent donc les malades frappés par l'épidémie érysipélateuse?

Le premier, atteint de plaie de tête et d'érysipèle presque soudain, était jeune, robuste, mais adonné à la boisson. Guérison rapide, malgré quelques phénomènes de congestion pulmonaire vite dissipés. En somme, bon terrain.

Le second, vieux, affaibli, cachectisé par le cancer rectal qui porte une atteinte si profonde à la nutrition; comme complication, phlegmatia alba dolens allant jusqu'au voisinage de la plaie abdominale d'où est parti l'érysipèle. Très mauvais terrain.

Le troisième, vieux, maigre, débile, dans un état général grave résultant d'un étranglement herniaire qui datait de plusieurs jours.

Le quatrième, alcoolique, avec des lésions anciennes du foie et des reins et une vaste plaie en suppuration.

Le cinquième, affecté d'un cancer de la mâchoire supérieure versant à flots dans la bouche, et par là dans les voies respiratoires et

1. Observation publiée *in extenso* dans mon mémoire *sur les urines rosaciques*, au Congrès de chirurgie française, 1885.

digestives, une matière infecte. Perte d'appétit, amaigrissement, commencement de cachexie.

Le sixième, tout jeune, sans tare organique probable, et néanmoins tout récemment intoxiqué par une fièvre intense et prolongée consécutive à une arthrite purulente aiguë du coude.

Le septième, venu du dehors avec son érysipèle, très probablement albuminurique au moment de sa blessure digitale.

Le huitième, bonne constitution, bonne santé antérieure, aucune lésion viscérale appréciable.

Le neuvième, vieil alcoolique assez robuste en apparence, mais singulièrement disposé aux inflammations diffuses de mauvaise nature, puisqu'à l'occasion d'une opération de fistule anale très simple il venait d'être pris de lymphangite gangréneuse du scrotum.

Le dixième, jeune, robuste, fort, sans maladie constitutionnelle appréciable.

En résumé, sur dix malades, trois seulement étaient de santé irréprochable (VI, VIII, X); les sept autres étaient plus ou moins tarés par l'alcoolisme, les affections rénales, le cancer, la septicémie.

Les germes de l'érysipèle ne paraissant pas susceptibles de pénétrer dans l'économie sans effraction, il y a lieu de rechercher quelles portes d'entrée lui ont été offertes dans notre série. Or, nous trouvons :

1° Une plaie du cuir chevelu;

2° L'ouverture, faite au bistouri, d'un phlegmon dans le voisinage immédiat d'un anus contre nature;

3° La plaie d'une kélotomie pour étranglement datant de plusieurs jours, plaie renfermant, d'ailleurs, les débris sphacélés du sac herniaire et de l'épiploon;

4° Plaie consécutive à l'ablation d'une tumeur du sein et de l'aisselle et datant déjà de vingt jours;

5° Vaste excavation cancéreuse de la cavité buccale avec eschares volumineuses résultant d'applications caustiques réitérées;

6° Plaie articulaire drainée et remontant à quarante jours environ;

7° Plaie du doigt par un corps étranger malpropre; lymphangite primitive par inoculation. Érysipèle surajouté à la lymphangite;

8° Plaie de la cavité buccale et de la région sus-hyoïdienne nécessitée par l'ablation d'un épithélioma génal et sous-maxillaire récidivé;

9° Excoriation recouverte d'une croûte à la suite d'une éruption d'herpès sur le dos du nez;

10° Plaie contuse du sourcil et de la joue.

En somme, cinq plaies récentes, trois plaies déjà recouvertes de granulations ; une ulcération cancéreuse et une excoriation recouverte d'une croûte.

L'existence d'une solution de continuité et le dépôt à sa surface des germes spécifiques sont à coup sûr des conditions indispensables au développement de l'érysipèle, mais qui seraient insuffisantes si un troisième facteur n intervenait pas[1]. Je veux parler de l'*inoculation proprement dite*, c'est-à-dire de l'acte mécanique à la faveur duquel les germes déposés sur la plaie pénètrent à une certaine profondeur pour s'insinuer dans les espaces conjonctifs ou dans les réseaux vasculaires lymphatiques ou sanguins. Or, cet acte mécanique est un véritable trauma ; mais ceci demande quelques explications.

Dans un service de chirurgie où règne l'endémie érysipélateuse, et même en cas d'épidémie, la maladie n'atteint pas tous ceux qui portent une solution de continuité ouverte, bien que, suivant toute vraisemblance, dans une salle infectée toutes les plaies reçoivent et recèlent une part des germes flottants dans l'atmosphère. En revanche, quand on observe attentivement toutes les circonstances qui ont précédé immédiatement l'invasion du mal, on constate que dans un grand nombre de cas la plaie préexistante a été l'objet d'une violence quelconque, forte ou faible, mais capable d'y créer une solution de continuité nouvelle, fut-elle microscopique. La genèse de l'érysipèle, dans ces cas, s'explique donc par la blessure d'un foyer pathologique et résulte d'une autoinoculation.

Naturellement, la nécessité d'un trauma surajouté n'existe pas en cas de plaie récente pratiquée sur des tissus sains ; mais dans un milieu infecté, cette plaie reçoit immédiatement les germes flottants ou adhérents, ou ceux dont peuvent être imprégnés les vêtements, les pièces de pansement, les instruments, les mains du chirurgien ou de ses aides, etc. Ces germes trouvent ouverts les espaces conjonctifs et les cavités vasculaires, s'y installent, y prolifèrent, et de là s'étendent au loin pour constituer la maladie et produire l'intoxication. C'est ce qui est arrivé dans les observations I, VII, VIII et X, où les blessures primitives et uniques :

1. Nouvelle preuve de la nécessité des causes multiples ou de la pluralité des causes nécessaires, fait qui joue un si grand rôle en étiologie et en pathogénie ; et notez que je ne compte pas un quatrième facteur aussi essentiel que les autres : l'adoption et le développement de la graine par le terrain, ce que les anciens auraient appelé le consentement de l'économie à l'infection.

plaie de tête, piqûre du doigt, opération sur la joue et plaie contuse de la face, ont servi de voie à l'insertion des germes.

En revanche, la blessure secondaire des foyers pathologiques et l'auto-inoculation sont très manifestes dans les autres cas.

Dans l'observation II, on fait une incision au bistouri dans un phlegmon au voisinage immédiat d'un anus contre nature. Il y a érysipèle soudain, comme si on avait volontairement inséré le poison dans la plaie.

Dans l'observation IV, la large plaie qui résultait de l'ablation d'une volumineuse tumeur du sein reste toute une nuit exposée à des frottements, la malade ayant dans un accès d'agitation enlevé son pansement. La déchirure de la membrane granuleuse est démontrée par la constatation de quelques gouttes de sang sur le linge et à la surface de la plaie. L'érysipèle éclate aussitôt.

Dans l'observation VI, il existait une fistule communiquant avec l'articulation du coude. On exerce sur cette articulation une violence qui provoque de la douleur, et vraisemblablement un micro-trauma. Apparition presque immédiate d'un érysipèle partant des bords de la fistule.

Si la blessure secondaire n'a pas été prise sur le fait, elle est cependant fort admissible, et a été vraisemblablement réalisée au moment des pansements dans les observations III : plaie de kélotomie renfermant à son centre une eschare résultant de la ligature de l'épiploon et de la suture du sac; — et V, ulcération cancéreuse de la face communiquant avec la cavité buccale et qu'on touchait fréquemment avec une baguette de bois trempée dans l'acide chromique.

Dans l'observation IX, la croûte d'herpès siégeant sur le dos du nez a été probablement décollée par le malade qui était agité la nuit et n'avait pas toute sa raison.

Nous ne pouvons quitter l'étude des germes érysipélateux sans rechercher comment, dans nos dix cas, ils ont été déposés à la surface des plaies récentes ou anciennes. Jusqu'à ce qu'on connaisse exactement les allures, mœurs et coutumes du microbe érysipélateux, et qu'on sache constater directement sa présence, on peut supposer qu'il n'existe pas là où l'érysipèle est inconnu, dans certaines campagnes, par exemple, où des praticiens exerçant la chirurgie depuis trente ans ne l'ont jamais observé.

De même peut-on avancer, avec beaucoup moins d'assurance à la vérité, que, dans un service de chirurgie où l'érysipèle n'a pas

paru depuis six mois, les germes, s'ils ne manquent pas, sont du moins fort rares ou relégués en des points où ils n'attaquent pas les blessés.

J'admettrai donc qu'au 12 janvier 1885 la graine érysipélateuse n'existait pas dans mes salles lorsqu'elle fut apportée du dehors par le blessé au cuir chevelu.

Nous n'avons assisté au début de la maladie ni chez lui ni chez la malade de l'observation VII, mais nous pouvons cependant deviner ce qui s'est passé. Chez la femme blessée au doigt, il y a eu véritable inoculation. En fouillant dans les ordures, elle se pique le médius; le soir même, douleur, gonflement. Le lendemain, lymphangite envahissant toute la main, puis plus tard le bras en entier. A l'entrée dans mes salles, main, avant-bras et bras présentent des taches rouges se rapportant aussi bien à la lymphangite réticulaire qu'à l'érysipèle; mais à l'épaule on trouvait la rougeur et le bourrelet caractéristiques de ce dernier. — Soit dit en passant, il semblait y avoir eu combinaison de la lymphangite et de l'érysipèle, ou substitution du second à la première. C'est dans le panier aux ordures que se trouvaient les germes infectieux.

L'homme atteint de plaie de tête portait vraisemblablement ses germes sur lui, mélangés à la poussière et à la crasse de sa chevelure. Je ne développerai point ici une hypothèse que j'ai émise depuis longtemps. Mais je suis persuadé que, chez certains sujets, les microbes érysipélateux habitent continuellement le pharynx et les fosses nasales, et qu'ils se répandent de là au cuir chevelu où ils trouvent les conditions d'existence favorables, surtout quand l'hygiène est négligée, cas fréquent dans la classe ouvrière et dans les quartiers populeux, — supposition confirmée d'ailleurs par la rapidité avec laquelle l'invasion de l'érysipèle s'est effectuée, puisque la chute ayant eu lieu le 8, la complication éclatait déjà le 9, absolument comme dans les auto-inoculations, où le poison est tout près de la porte d'entrée[1].

Il est plus intéressant de rechercher comment s'est faite la transmission des cas intérieurs.

Le malade, reçu le 12 janvier, fut aussitôt placé au fond de la grande salle Michon, dans une arrière-chambre renfermant trois lits, et dans laquelle je n'entre pas plus de deux ou trois fois par mois, parce qu'elle ne loge que des convalescents ou des infirmes attendant leur placement dans un asile.

1. Je développe plus loin cette hypothèse à propos des *Érysipèles à répétition*.

Si on fait abstraction de la segmentation du service en trois salles où les lits sont séparément numérotés, et si l'on ne considère que l'ordre dans lequel sont vus les 93 patients du service, notre homme occupait le n° 73. J'insiste sur ce petit détail, qui nous servira à suivre l'itinéraire des germes.

A la visite du soir, M. Verchère, mon chef de clinique, institue aussitôt le traitement accoutumé : nettoyage soigné de la plaie et de ses environs, pulvérisation phéniquée. Je vois le malade le lendemain et le surlendemain, 13 et 14, à l'heure de la visite.

Le 15, apparaît le premier cas intérieur. C'était, je l'ai dit plus haut, à la suite de l'incision d'un phlegmon de la paroi abdominale ; le sujet était couché non pas dans la grande, mais dans la petite salle Michon, à 40 mètres au moins de distance et, ce qui est important à noter, à trente-trois lits en amont du cas précédent, si l'on tient compte du sens ordinaire de la visite, c'est-à-dire au n° 28 du service total.

Comment donc expliquer la contagion? Et d'abord cette contagion est-elle évidente? Si l'érysipèle affecte une grande prédilection pour la tête, la face, le cou et le haut de la poitrine, on le retrouve fréquemment à l'autre pôle du tronc, au voisinage de l'anus normal et des anus contre nature (ce qui me ferait croire, d'après la supposition émise plus haut, que le microbe érysipélateux naso-pharyngicole traverse également le tube digestif et se mêle aux fèces). On pourrait donc admettre que l'érysipèle s'est développé là comme il aurait pu le faire chez tout autre patient atteint d'une plaie en contact avec les déjections intestinales.

Je n'ai rien à opposer à cette fin de non recevoir, si ce n'est que depuis plusieurs mois j'avais opéré bien des affections ano-rectales sans avoir observé la moindre complication opératoire. Mais si au contraire, et c'est mon droit, j'avance que le n° 28 a été contaminé par le n° 73, comment a pu se faire la translation? On admet avec raison qu'à l'heure de la visite le chirurgien et son cortège transportent les germes morbides. La chose était acceptable au temps où le chef de service, faisant les pansements successifs avec les mêmes instruments, les mêmes pinces et les mêmes éponges surtout, contagionnait peu à peu tous ses opérés. Malheur au blessé qui, dans une salle de 30 malades, occupait les deux ou trois derniers lits. Jadis cette propagation de la maladie dans le sens de la visite m'avait tant de fois frappé, que je recommandais toujours, lorsqu'il y avait un cas d'érysipèle dans mes salles, et qu'il fallait pratiquer une nouvelle opération, de placer le futur opéré en amont de l'érysipélateux préexistant.

La précaution n'est pas mauvaise, sans doute ; mais, dans le cas

actuel, la théorie de la transmission, à l'heure de la visite par le chef de service, n'est pas acceptable. Je voyais toujours le n° 73 après le 28; je ne rentrais jamais dans la petite salle Michon après avoir parcouru la grande. Pour avoir personnellement infecté le second malade le 15, il m'aurait fallu prendre sur moi des germes à la visite du 14, et les déposer vingt-quatre heures après sur les bords de l'incision abdominale. Je multiplie les invraisemblances, qui m'absolvent, pour arriver à une autre explication.

Si la visite qui dure deux heures se fait dans un sens déterminé, en revanche, dans le reste du jour et de la nuit, les échanges s'effectuent dans toutes les directions : les malades, les visiteurs, les gens de service, les élèves, les surveillants vont et viennent sans cesse, et jouent par rapport à la dissémination des germes le rôle que l'on a attribué aux mouches dans la translation des virus. Mes internes et mon chef de clinique sont particulièrement incriminables, sans que je songe naturellement à les accuser, puisqu'ils font leur devoir en parcourant les salles : s'étant, pendant deux jours, beaucoup occupés du n° 73 et du n° 28, parce que tous deux étaient intéressants et exigeaient des soins réitérés, ils ont transmis les germes du premier au second. Mon rôle a consisté à ouvrir chez ce dernier la porte à la maladie en donnant le coup de bistouri, véritable manœuvre inoculatoire.

Aurais-je pu prévenir cette dernière? Je le crois et dois le dire. J'ai insisté maintes fois sur les dangers de la blessure des foyers pathologiques, et quand cette blessure était inévitable : ouverture d'abcès, contre-ouverture, drainage, ablation de corps étrangers, etc., j'ai recommandé certaines précautions ayant pour but d'empêcher les auto-inoculations; depuis la disparition de la pyohémie et la diminution considérable des érysipèles, le danger est bien moindre, et parfois je transgresse les préceptes que j'ai moi-même tant recommandés. On voit les périls de cette négligence. Tout porte à croire que si j'avais ouvert ce phlegmon au thermocautère, ou injecté immédiatement dans le foyer une solution antiseptique, j'aurais évité l'érysipèle, et peut-être du même coup aurais-je prévenu son extension aux autres malades de la même salle.

Si, en effet, on peut conserver quelque doute sur la manière dont le n° 28 a été infecté; si l'on pense qu'il s'est inoculé lui-même au lieu d'avoir reçu par une voie quelconque les germes du n° 73, il ne me paraît guère possible de nier qu'il ait fourni la matière aux trois autres érysipèles développés dans la même salle et dans le court espace de quelques jours. L'érysipèle apparaît chez lui le 15, et

dure jusqu'à la fin du mois. Or le 29, à cinq mètres à peine de distance, au lit n° 32, un nouveau cas se déclare, très passager et très bénin il est vrai, de sorte qu'il était terminé depuis longtemps lorsque le 11 février surgit au lit n° 31 le quatrième cas, suivi du cinquième, éclatant au n° 30, dix jours après, c'est-à-dire le 21 février. A partir de ce moment, la petite salle Michon fut délivrée, bien que plusieurs autres malades atteints de plaies ouvertes y fussent encore couchés.

En revanche, nous observâmes encore un cas de translation en amont beaucoup plus remarquable que le premier, qui avait eu lieu du n° 73 au n° 28. Le 29 janvier, le jour même où le n° 32 était atteint, une malade était prise au n° 12 de la salle Lisfranc, séparée de la salle Michon par une large cour et un portique fortement aéré (Obs. IV). Le cas fut grave, puisqu'il se termina par la mort; néanmoins aucune autre des blessées et opérées de la même salle ne fut atteinte.

Examinons maintenant la marche de la seconde épidémie. C'est justement dans la salle Lisfranc qu'elle naquit, importée du dehors (Obs. VII). Lorsque la femme G. K... entra le samedi 20 février dans la matinée, elle avait un érysipèle en pleine activité, et fort grave. Cette fois encore aucune autre malade de la salle Lisfranc ne fut contaminée, la contagion sauta même par-dessus la petite salle Michon qui venait d'être fortement éprouvée par l'épidémie précédente, et alla s'abattre sur la grande salle des hommes qui avait été complètement respectée (le cas initial mis de côté) dans les mois de janvier et de février. Au cinquième lit de cette grande salle (56e lit du service total) était un malade que j'avais reçu préalablement dans la petite salle Michon, mais que j'en avais fait sortir précisément parce que cette petite salle était infectée et que l'opération, devant porter sur le visage, avait toute chance d'être compliquée d'érysipèle.

Le 25 février j'opère (Obs. VIII) et prends le plus de précautions possibles contre l'auto-inoculation. Tout va bien jusqu'au 1er mars. Ce jour-là l'érysipèle se déclare.

Bientôt il se propage dans la même salle, du même côté, à neuf puis à douze lits plus loin, dans le sens de la visite, à des plaies du visage largement exposées par conséquent à la contagion.

Le premier de ces deux cas (Obs. IX) apparaît au lit n° 65 du service, le 1er mars, en même temps que le cas précédent.

Le second, au lit n° 68, deux jours plus tard, c'est-à-dire le 3; mais depuis cette époque, aucun nouvel érysipèle ne s'est déclaré. La seconde épidémie s'est éteinte plus rapidement que la première et a été manifestement plus bénigne.

Je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'insister sur la transmission et la dissémination des germes érysipélateux dans ces deux petites épidémies. Le fait est de la dernière évidence, mais il est intéressant, en se plaçant au point de vue de la prophylaxie, de rechercher quels ont été les agents de cette transmission et de cette dissémination.

Il en est trois principaux qu'il convient d'examiner : 1° l'atmosphère; 2° le personnel; 3° les objets matériels.

Les courants d'air peuvent-ils transporter les germes d'érysipèle, supposés flottants dans l'atmosphère, d'un malade à un autre, sans contact direct et immédiat des deux sujets? La réponse affirmative s'impose quand on voit dans la première épidémie quatre cas sur six développés dans la plus petite des trois salles, et à quelques jours d'intervalle; — quand on constate que ces quatre cas sont restés confinés dans un espace très restreint, du lit n° 26 au lit n° 34; — que le premier de ces quatre cas s'étant montré au lit n° 28, le lit 27 d'abord, et le 26 dans la suite ont été contaminés; — quand, détail qui paraîtra minutieux sans doute mais qui me semble décisif, on note que, dans le cas tout à fait imprévu où l'érysipèle s'est développé autour d'une fistule du coude, à la suite de la simple violence exercée sur la jointure par l'application d'un bandage, mais sans action directe sur la plaie (Obs. VI), on note, dis-je, qu'il s'agissait du coude *droit* et que dans le lit suivant était couché un autre malade (Obs. V) qui venait d'avoir un érysipèle autour d'une plaie située au côté *gauche* de la face. Les microbes du premier érysipélateux avaient eu à franchir moins d'un mètre pour se déposer sur la plaie brachiale du second; — quand, enfin, dans la seconde épidémie, trois cas sur quatre se sont développés dans la même salle, sur le même rang, dans l'espace de neuf lits seulement, le reste de cette salle demeurant indemne[1].

Mais la dissémination par les courants d'air peut-elle tout expliquer? Certainement non. Je ne comprendrais pas comment l'atmosphère seule aurait pu porter les germes érysipélateux du fond de la grande salle Michon au milieu de la petite salle du même nom à travers la cour et un large palier; puis de la petite salle Michon au fond de la salle Lisfranc à travers une cour plus large encore et deux paliers fortement ventilés; enfin, lors de la seconde épidémie, de la salle des femmes à la seconde salle des hommes à travers deux cours, deux paliers et plusieurs portes. Pour qui a sous les yeux la topographie de mon service, le transport par l'atmosphère seule est inadmissible.

1. Voir pour la contagion par l'air une note de M. le Dr Lecler, de Rouillac, dans le chapitre de *l'Erysipèle en province*.

En revanche, je trouve sans effort un autre véhicule dans le personnel de mon service. Ceci mérite d'être discuté avec quelques détails.

Lors de la première épidémie, un érysipèle du cuir chevelu entre dans la grande salle Michon; on le relègue dans un coin. Mais mon chef de clinique institue aussitôt le traitement. Avant d'appliquer la pulvérisation, il lave la tête et coupe les cheveux, en un mot manipule assez longtemps le foyer morbide. De là peut-être il a visité les autres salles. La surveillante actuelle, qui soigne elle-même les grands malades avec beaucoup de sollicitude, a replacé les pansements à plusieurs reprises chaque fois qu'elle renouvelait les séances de pulvérisation. De là, sans aucun doute, retournant dans la petite salle Michon, elle a approché, pansé peut-être, à coup sûr aidé à changer l'homme à l'anus contre nature qui comptait aussi parmi les grands blessés du moment.

Moi-même j'ai vu et touché ces deux patients, mais comme j'ai visité toujours le second érysipélateux avant le premier, je n'ai vraisemblablement pas pu servir de véhicule. C'est donc un de mes élèves ou ma surveillante (les infirmiers de la grande salle Michon ne touchant pas les malades de la petite sont ici hors de cause), qui ont charrié la graine érysipélateuse et l'ont déposée sur le second sujet contaminé, mais j'ai eu ma part dans la genèse de la maladie en effectuant l'acte fondamental, l'inoculation à l'aide du coup de bistouri.

Il faut également admettre une transmission possible pour expliquer le retour de l'érysipèle en amont du service, de la petite salle Michon à la salle Lisfranc, mais ici les surveillantes n'ont joué aucun rôle, puisque celle de la salle des hommes n'a aucun rapport avec les femmes. Je suis tout à fait innocent de mon côté, n'ayant pas touché l'opérée de l'observation IV; dès lors ce sont mes élèves qui lui ont porté les germes, qu'à son tour elle s'est inoculé pendant la nuit d'agitation où elle a défait son pansement et créé sur sa plaie de petites solutions de continuité.

Nous retrouvons le même transfert par les élèves à propos de la seconde épidémie : à la visite du soir ils approchent une érysipélateuse venue du dehors et reçue à la salle des femmes; la malade est interrogée, déshabillée, examinée. A la salle des hommes se trouvent en ce moment deux grands malades (Obs. VIII et IX) auprès desquels ces mêmes élèves s'arrêtent naturellement. *Dès le lendemain* ces deux malades, couchés dans une salle que l'épidémie précédente avait respectée, sont pris à leur tour. Comment se rendre compte de

cette infection sans l'attribuer aux personnes voyageant d'une salle à l'autre et séjournant plus ou moins longtemps auprès des blessés et opérés.

La discussion précédente établissant d'une façon catégorique le rôle de l'atmosphère et du personnel dans la transmission et la dissémination des germes, il reste à examiner le troisième mode de transfert, c'est-à-dire la contagion immédiate par contact, la graine morbide étant directement portée sur les plaies récentes ou anciennes par les doigts des chirurgiens, les instruments, les pièces de pansement, etc., tous objets supposés souillés au préalable par le contage érysipélateux.

On sait que certains chirurgiens insistent beaucoup sur cette source d'infection et prennent contre elle les précautions les plus minutieuses. Mon excellent collègue M. L. Le Fort, entre autres, attribue la diminution de la pyohémie et de l'érysipèle dans son service à la suppression des éponges, à l'abandon de cette charpie et de ces compresses qui jadis traînaient dans les salles à ciel ouvert et pendant des journées entières ; à la substitution même des mors plats aux mors dentelés pour les pinces à pansement, etc.

On sait encore que, lorsque nous avons à ouvrir un abcès, à faire une contre-ouverture ou un drainage, à extraire un corps étranger, nos élèves s'empressent de tremper dans l'eau phéniquée le bistouri, la sonde cannelée, les pinces, etc.

Je suis loin de protester contre ces précautions et de contester leur utilité ; mais je nie absolument qu'il suffise de les prendre pour se mettre à l'abri de la transmission ; il y a là une illusion dangereuse qu'il faut détruire.

La contagion directe ou contamination par contact d'objets imprégnés du poison est si peu la cause unique de l'infection que nous ne la trouvons pas une seule fois dans la série de nos dix cas, dont huit pourtant ont résulté évidemment du transfert des germes de malade à malade.

Voyons, par exemple, ce qui s'est passé au début, c'est-à-dire les rapports entre le premier et le second cas.

L'un entre dans notre service le 12, l'autre se déclare le 15 dans une autre salle située comme je l'ai dit en amont de la direction de la visite. En supposant que mon chef de clinique ou la surveillante aient pansé le premier, il ne faut pas à coup sûr les accuser d'avoir transmis la maladie au second, puisque celle-ci est née soudainement d'une plaie que j'ai faite moi-même, avec le bistouri, le 15 au matin.

Alors faut-il accuser le bistouri ? Mais comme, depuis cinq mois, il n'y avait pas d'érysipèle dans le service, il était difficile de croire qu'il ait pu se charger du poison.

Faut-il accuser mes mains ? Mais je n'avais plus été en contact avec le premier érysipélateux depuis la veille, c'est-à-dire depuis vingt-quatre heures, pendant lesquelles j'avais fait plus d'une ablution. D'ailleurs je n'avais pas touché la plaie, me contentant de plonger l'instrument tranchant dans le foyer et évitant même les pressions sur ce dernier.

Admettons à la rigueur que l'élève qui pansait ce deuxième malade ait pu transmettre l'érysipèle au troisième qui était également dans ses rangs; la même explication ne pourrait en aucune sorte servir pour les cas V et VI.

Les deux malades étant couchés côte à côte, le premier a une plaie ouverte qui, pendant quelques jours, devient le siège d'un érysipèle. Le second a une fistule étroite qu'on violente douze jours après, lorsque depuis dix jours l'érysipèle du voisin semble éteint. Et comment violente-t-on cette fistule ? On n'y touche point avec la main, on n'y introduit pas de stylet, on se contente de fléchir un peu fortement le coude. La douleur survient le jour même, la fièvre le soir; le lendemain l'érysipèle est déclaré. On ne pourrait accuser ici ni les instruments, ni les doigts, ni les pièces de pansement.

Mais alors quelle interprétation proposer ? Voici ce qui me semble de la dernière évidence.

Un érysipélateux entre dans le service, aussitôt les germes spécifiques sont répandus et dispersés par l'atmosphère et les gens de service. Tous les malades en peuvent avoir leur part, mais ceux qui n'ont point de solution de continuité et ceux dont les plaies sont cachées ne risquent pas grand'chose. Plus exposés sont les autres qui ont des plaies récentes ou anciennes, surtout si les personnes du service s'arrêtent plusieurs fois et longtemps autour d'eux; le pourtour et la surface même de ces plaies sont recouverts d'une quantité plus ou moins grande de graine, mais celle-ci peut rester à la porte sans pénétrer pendant un temps plus ou moins long. Survient un trauma, grand ou petit, coup de bistouri, déchirure des bourgeons charnus d'une fistule du coude, d'une plaie du sein, etc., la barrière est ouverte, la brèche est créée, le microbe qui attendait pénètre dans la plaie, il y a auto-inoculation. A quoi aurait servi la propreté des éponges et des pièces de pansement qui n'ont pas été employées ? la pureté des mains du chirurgien et de ses aides, puisque ses mains n'ont pas touché les plaies ? le nettoyage du bistouri qui n'a pas été

tiré de la trousse dans les deux derniers cas et qui, dans le premier, aurait été plutôt infecté par la plaie qu'il n'eût été capable de l'infecter lui-même ?

Mais, dira-t-on, sans compter les courants atmosphériques, vous incriminez vos aides et vous-même en admettant que, sans toucher directement les plaies et sans les inoculer, en approchant seulement les érysipélateux, vous pouvez vous charger de germes, les disperser et les répandre sur d'autres malades !

Certainement, je reconnais le rôle funeste que nous pouvons jouer, mais comme les antisepticiens les plus convaincus n'ont pas encore proposé ni de supprimer l'air dans les salles de chirurgie, ni de faire tremper les infirmiers, les surveillants, les élèves et le chef dans une solution phéniquée à 5 p. 0/0, la conclusion est qu'il faut, pour prévenir la contagion et la dispersion, prendre avec les précautions antiseptiques d'autres mesures que celles auxquelles on attribue imprudemment trop de confiance.

Ces mesures, que je considère comme principales et non comme accessoires, se résument dans l'isolement des cas internes ou externes, au fur et à mesure qu'ils se présentent.

C'est ce point que j'ai tâché de mettre en lumière dans ma communication à l'Académie de médecine, communication à laquelle je renvoie le lecteur[1].

1. Depuis la publication de ce petit travail jusqu'à ce jour, 20 novembre 1885, aucun cas d'érysipèle ne s'est produit à la clinique de la Pitié. A la vérité, aucun cas du dehors n'a été admis dans mes salles; ceci justifie amplement les propositions développées dans la note présente.

DE L'ÉRYSIPÈLE EN PROVINCE[1]

J'essaie de remettre la question de l'érysipèle à l'ordre du jour. J'ai non seulement fait des lectures à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, mais j'ai écrit à quelques-uns de mes anciens élèves de province, pour apprendre d'eux ce qu'ils savent et surtout ce qu'ils voient touchant la maladie en question.

J'ai reçu à ce propos un certain nombre de lettres. Je les ai communiquées à mon élève et ami le Dr Gustave Richelot qui les a fait paraître successivement dans l'*Union médicale* dont il est rédacteur en chef.

J'extrais de cet estimable recueil toutes ces notes, qui pourront servir à commencer une enquête sérieuse sur le sujet.

Voici une première réponse, émanant d'un chirurgien de grande instruction et d'une égale probité, qui exerce dans une ville de 15,000 habitants du centre de la France, mais opère à la campagne dans un large rayon.

« Au moment où je recevais votre lettre, j'observais l'unique cas d'érysipèle traumatique que je me souvienne avoir vu depuis huit ans que je suis établi à X... Voici le fait.

» Une dame de quarante-quatre ans avait à la nuque une loupe qui depuis quelques jours était le siège d'une inflammation assez vive; je l'incisai avec le bistouri, et laissai dans la plaie une petite mèche de toile trempée dans l'eau alcoolisée. Le jour de cette petite opération, cette dame resta deux heures à la fenêtre, et le soir alla faire une promenade en ville; le lendemain, elle ressentit un léger malaise et le surlendemain je constatai une petite plaque d'érysipèle autour de la plaie. La rougeur chemina comme celle d'un érysipèle ambulant ordinaire, envahissant successivement le dos, les lombes et

1. Voy. *Union médicale*, 19 mars 1885, nº. 40, et suivants.

la région thoracique. Un jour la face se prend, et le pouls monte à 140; puis l'érysipèle envahit les bronches et la malade meurt une quinzaine de jours après ma malencontreuse incision.

» Or cette dame, très rhumatisante, ne présentait aucune espèce de lésion viscérale particulière. En outre elle habitait un quartier très salubre, dans lequel il n'y avait aucun cas d'érysipèle; je n'en avais pas vu moi-même depuis fort longtemps, et s'il existait en ce moment à X... quelques érysipèles spontanés de la face, il n'y avait pas un seul cas traumatique. Enfin des différents blessés que j'ai soignés à ce moment soit en ville, à la campagne ou à l'hôpital, aucun n'a eu d'érysipèle; il est vrai que j'ai pris à leur égard toutes les précautions possibles.

» Votre lettre m'a fait réfléchir à ce sujet, et, en recherchant dans les années antérieures, je me rappelle n'avoir jamais vu d'érysipèle traumatique à X... ni dans les environs, bien que les érysipèles spontanés de la face y soient aussi fréquents qu'ailleurs. Je ne parle pas de ces érysipèles ultimes observés chez des malades épuisés, autour des eschares, au sacrum par exemple, et qui ne s'accompagnent que d'une fièvre insignifiante; j'ai vu deux ou trois de ces érysipèles à l'hôpital, mais non la variété franche.

» Je me suis renseigné auprès de mes confrères de X... et de la campagne, ils n'en ont pas davantage. Çà et là j'ai recueilli un ou deux cas qui m'étaient donnés comme des cas d'érysipèle, mais, en faisant préciser, je voyais qu'il y avait eu seulement lymphangite.

» Je n'ai trouvé dans mon enquête qu'un seul cas positif d'érysipèle traumatique, il a été observé par M. S... dans des circonstances fort intéressantes.

» C'était pendant la guerre. Notre hôpital bondé de blessés pouvait, comme pourriture d'hôpital et pyohémie, rendre des points à vos hôpitaux parisiens du siège. Un soldat légèrement blessé à la tête sortit un jour dans le jardin pour fumer sa pipe, malgré la défense qui lui en avait été faite; le lendemain il avait un érysipèle qui parcourut tout le corps et qui finit par guérir. Ce fut le seul cas d'érysipèle observé à l'hôpital pendant cette année. »

Je joindrai quelques réflexions à cette intéressante note :

La salubrité de la province est proverbiale en ce qui touche les complications traumatiques, et nos confrères des départements s'étonnent quelquefois des précautions minutieuses, — et superflues à leurs yeux, — que nous prenons pour préserver nos blessés et nos opérés. Ils sont heureux d'avoir une sorte d'immunité ou d'impunité et de

pouvoir vivre dans une sécurité parfaite. Nous acceptons leurs affirmations sans y rien objecter.

Or, peut-être leur optimisme est-il exagéré, c'est du moins ce que tend à prouver le cas malheureux cité plus haut. Pour être rare, l'érysipèle, si l'on veut bien effacer les divisions stériles entre la variété médicale et la variété chirurgicale, la forme spontanée et la forme traumatique, l'invasion précoce ou tardive, primitive ou secondaire, etc., l'érysipèle, dis-je, existe partout et partout menace les blessés, les opérés ou les cachectiques. La graine, pour germer rarement, n'en est pas moins répandue en tous lieux.

C'est ce qu'il ne faut jamais oublier en quelque lieu que l'on exerce la chirurgie.

La lettre de M. X... est d'autant plus précieuse qu'elle pourrait servir de modèle aux confrères qui voudraient suivre l'exemple et nous fournir des documents. C'est à la campagne et dans les petites villes que les questions de contagion et de propagation s'élucident le mieux et que l'observation exacte offre le moins de difficultés.

NOTE DE M. LE DOCTEUR TAGUET

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bordeaux.

20 mars 1885.

J'ignore si l'érysipèle traumatique est rare à Bordeaux; mais, ce que je sais bien, c'est qu'il règne en souverain à l'asile des aliénés. La plus légère écorchure, la plaie la plus simple de la tête, l'ouverture du plus petit abcès sont suivies d'un érysipèle. Indépendamment de ceux qui accompagnent si fréquemment les eschares chez les paralytiques généraux, je n'ai pas eu moins de dix cas à soigner depuis le commencement de l'année, tant chez les malades que chez le personnel de surveillance; sur ce nombre, je ne compte qu'un décès.

Les affections épidémiques et contagieuses sont, ici, à demeure; nous avons, en ce moment, des érysipèles, quelques cas de rougeole, des fièvres intermittentes revêtant le caractère pernicieux. La fièvre typhoïde semble nous avoir quitté pour l'instant. Chose assez extraordinaire! la mortalité à l'asile des aliénés de Bordeaux, où les malades sont placés dans les conditions d'hygiène les plus déplorables,

n'est pas sensiblement supérieure à celle des autres asiles de France. C'est à croire qu'il existe un Dieu particulier pour les folles de Bordeaux.

NOTE DE M. LE Dr LARDIER, DE RAMBERVILLERS[1]

25 mars 1885.

Je m'empresse de répondre à l'appel fait aux médecins de la province, touchant la question de l'érysipèle. J'ai, dans mes notes, la relation, succincte ou détaillée, suivant l'importance des observations qui se présentaient à moi, de presque tous les cas d'érysipèle que j'ai soignés depuis juin 1874. Aussi, si mon petit dossier n'a pas grande valeur scientifique, il a du moins celui de l'exactitude, ce qui, dans l'espèce, peut avoir son importance.

Depuis mon installation à Rambervillers, en juin 1874, jusqu'au mois d'avril 1881, je n'avais pas relaté le moindre cas d'érysipèle, soit en ville (5, 000 habitants) soit à la campagne. Le 19 avril 1881, Mme Laurent, blanchisseuse, m'offrait le premier cas observé dans mon rayon d'exercice. J'étais étonné, et je recherchai minutieusement la voie qu'avait suivie, dans sa propagation, l'agent contagieux. Je finis par découvrir qu'un voyageur de commerce de la maison de draps A... frères, de notre ville, avait été affecté, à Dijon, d'érysipèle de la face, et que, à son retour à Rambervillers, tout son linge de corps avait été remis à la blanchisseuse, Mme Laurent. Pour mémoire, je dirai qu'à la suite d'un refroidissement au moment de l'époque cataméniale, les règles avaient été brusquement supprimées chez cette dame deux jours avant l'apparition de l'érysipèle.

A partir de ce moment, je puis affirmer que la maladie s'est implantée dans notre région, qu'elle a sévi aussi bien sur les habitants des villages que sur ceux de la ville, qu'elle n'a jamais revêtu un caractère franchement épidémique, mais qu'elle y a régné et y règne encore à l'état endémique. A certaines saisons, un nombre plus ou moins grand de malades est atteint : puis des semaines, des mois même se passent sans qu'un seul cas nous soit offert; enfin, sous l'influence de causes sur lesquelles je m'appesantirai tout à l'heure, et spécialement du refroidissement, quelques

1. *Union médicale*, 23 mars 1835, n° 43, p. 505.

cas nouveaux se présentent, ici ou là, sans que le mode de propagation puisse être touché du doigt.

Permettez-moi de vous faire mon exposé chronologique.

2 — 15 septembre 1881. — Je perds mon petit neveu, Émile G..., âgé de treize jours. Érysipèle ayant débuté par une petite plaie voisine de l'ongle de l'orteil droit. Gangrène du scrotum. Mort le dix-septième jour.

3 — 18 septembre 1881. — Mme Coudray, soixante-cinq ans. — Érysipèle de la face, débutant par le nez. Guérison.

4 — 2 octobre 1881. — Eugénie Lor..., quarante-deux ans, légèrement alcoolique. Érysipèle de la face, etc. Guérison.

5 — 5 octobre 1881. — M. Gr..., industriel, alcoolique, cinquante-cinq ans. Ulcère variqueux de la jambe gauche, qui se complique d'érysipèle. Guérison.

6 — 20 octobre 1881. — Rosine Mat..., trente-cinq ans. Érysipèle de la face, coïncidant avec un refroidissement subi pendant la période menstruelle. Guérison.

7 — 6 décembre 1881. — Mme A. Thomas, au Moulin. Érysipèle de la face. Guérison.

8 — 8 décembre 1881. — Mme Mazuq..., vingt-cinq ans. Alcoolique renforcée. Érysipèle de la face. Guérison.

9 — 15 décembre 1881. — F. Ther. Rous..., garde-malade, quarante ans. Alcoolique. Érysipèle de la face. Guérison.

10 — F. Renaud, *à l'hôpital*. Érysipèle généralisé. Guérison.

11 — 7 janvier 1882. — M. A. Thomas, trente-six ans, mari du numéro 7. Érysipèle de la face. Guérison.

12 — 10 janvier 1882. — Parmentier. Alcoolique ; — cou et face. Guérison.

13 — 9 février 1882. — Christine V..., quatre mois. Érysipèle débutant par la vulve, et gagnant tout le corps. Vue par M. le docteur Poincaré, de Nancy. Mort au bout de quarante-quatre jours à la suite de suppuration et d'énormes décollements du tissu cellulaire sous-cutané.

14 — 25 janvier 1882. — Morlot, enfant de huit mois. Érysipèle généralisé. Guérison.

15 — 10 février 1882. — F. Mathieu, trente ans. Érysipèle de la face, gangrène limitée de la paupière supérieure droite.

16 — 12 février 1882. — Augustine Laurent, vingt ans. Érysipèle de la face. Guérison.

17 — 13 février 1882. — Aubertin père, soixante ans. Face. Guérison.

18 — 15 février 1882. — Noël, quatorze ans, habitant la même maison que le précédent. Face. Guérison.

19 — 6 mars 1882. — Enfant Pernot, six mois. Érysipèle généralisé. Guérison.

20 — Enfant Deg...,deux ans et demi. Face; accès de fièvre intermittente quotidiens, débutant à onze heures du soir.

21 — 21 mars 1882. — Poirot, dit Bon-Dieu, quarante-huit ans. Alcoolique, syphilitique, atteint de fistule lacrymale spécifique. Érysipèle de la face, succédant au cathétérisme du canal nasal et débutant par l'angle interne de l'œil droit. Guérison.

22 — 3 avril 1882. — Mme M..., de Roville-aux-Chênes, atteinte de métro-péritonite. Enfant de quinze jours, atteint d'érysipèle débutant par le prépuce. Mort.

23 — 10 avril 1882. — Ambroise, faucheur. Alcoolique, arthritique, érysipèle de la face. Guérison.

24 — 16 avril 1882. — Joseph Luc, d'Ortoncourt, cinquante-quatre ans. Arthritique, famille de cancéreux, homme sobre. Chute sur la tête, fracture du crâne et de la voûte sus-orbitaire gauche. Consultation avec le professeur Gross, de Nancy, le 18 avril. Érysipèle de la face, débutant par l'oreille gauche. Mort à la suite de complications cérébrales, provenant de la fracture, dans la nuit du 21 au 22.

25 et 26 — 5 mai 1882. — Deux sœurs de la Doctrine, atteintes toutes deux d'érysipèle de la face.

27 — 7 mai 1882. — Marchal, boulanger, à Mécul, alcoolique; phlegmon sous-pectoral spontané. Érysipèle de la face, propagation de l'érysipèle, suppuration, ouverture de l'abcès. Guérison.

28 — 18 mai 1882. — Mme Thomas, à Saint-Goryon, cinquante ans. Érysipèle de la face, suivi d'une double parotidite suppurée. Comme complication ultérieure : eczéma généralisé.

29 — 15 juin 1882. — Mme G..., quarante-cinq ans. Dacryocystite gauche compliquée d'érysipèle de la face.

30 — 15 juin 1882. — Baq..., huit ans. Érysipèle de la face débutant par le nez. (Il faut peut-être attribuer au refroidissement brusque survenu à cette époque la réapparition de ces nouveaux cas d'érysipèle.)

31 — 8 juillet 1882. — F. Mathieu, cinquante-deux ans, entre à l'hôpital. Érysipèle de la face à répétition, cette fois se généralisant à tout le corps. Phlébite consécutive de la saphène interne. Mort.

32 — 27 juillet 1882. — Mme Crém... Inflammation du sac lacrymal. Suppuration. Érysipèle de la plaie consécutif au cathétérisme du canal nasal.

33 — 19 janvier 1883. — Th..., à Deinvillers, trente ans. Érysipèle de la face.

34 — 25 janvier 1883. — Mme Ret..., cinquante-quatre ans. Arthritique. Eczéma de la face à répétition à la moindre impression de l'air froid.

35 — 10 février 1883. — Mme Barbas, trente-quatre ans. Érysipèle de la face. Guérison.

36 — 31 mars 1883. — Fille Voinot, quinze ans, non réglée, fille d'alcoolique ; de Saint-Benoît, où règne l'endémie érysipélateuse. Érysipèle de la face. Guérison.

37 — 15 décembre 1883. — Pernot, trente-deux ans, légèrement alcoolique. Lipome de la nuque du volume d'un œuf de dinde, opéré avec le concours du docteur Pernet. Tout allait bien, quand Pernot, malgré ma défense, par un jour de brouillard humide et froid, alla se promener dans le jardin de l'hospice. Érysipèle parti de la plaie et envahissant toute la face, le cuir chevelu et le cou. Cicatrisation retardée par la poussée érysipélateuse. Après la guérison de l'érysipèle, marche rapide vers la cicatrisation. Sort de l'hôpital le 14 janvier 1884.

38 — 1er novembre 1884. — Mme Laus..., cinquante-cinq ans. Abcès; collection fluctuante entourant le tendon d'Achille du pied droit. Érysipèle. Guérison.

39 — 6 novembre. — Mme Ber..., de Moyemont, trente-trois ans. Érysipèle de la face. Éruption consécutive de nombreux furoncles.

40 — 31 janvier 1885. — Mme Th..., soixante-treize ans. Érysipèle débutant par la vulve. Adénite inguinale droite énorme. Gangrène limitée à la racine du membre inférieur. Mort.

41 — 15 février. — Mme Laurent, blanchisseuse. Sujet de l'observation n° 1. Reprise d'un violent érysipèle de la face.

Je suis loin d'avoir eu connaissance de tous les cas d'érysipèle observés dans notre contrée. Je sais que mon confrère, le docteur Pernet, en a, de son côté, soigné un certain nombre. De plus, et à la campagne surtout, bien des malades ont négligé de demander les soins du médecin. Nos paysans ne dérangent pas le docteur pour des affections aussi peu dangereuses, et ne réclament généralement pas ses soins pour une maladie dont on peut guérir seul et dont on ne meurt qu'exceptionnellement.

Malgré cela, je puis tirer de cette petite statistique quelques conclusions qui, je le crois du moins, rentrent dans le cadre des opinions généralement acceptées ou acceptables.

Si nous relevons les cas *par année*, nous notons, en 1881, 10 cas; en 1882, 23 cas; en 1883, 4 cas; 1884, 2 cas; 1885, 2 cas.

J'ai observé en 1882, où l'érysipèle a sévi avec le plus d'intensité, une épidémie d'oreillons. Nous aurons lieu d'y revenir sommairement.

Si, en regard des années, nous comparons les mois, nous dressons le tableau suivant :

Janvier, 5; février, 8; mars, 4; avril, 4; mai, 4; juin, 2; juillet, août, 0; septembre, 2; octobre, 3; novembre, 2; décembre, 5.

C'est donc spécialement sur les mois d'hiver et de printemps que portent les cas les plus nombreux.

A cet égard, je ferai remarquer que dans notre région les automnes sont, en général, beaucoup moins rigoureux que les printemps. En 1882, notamment, nous avons eu, même en juin, des gelées assez vives. De plus l'on observe, durant l'été, des refroidissements subits et assez intenses. Le mois d'août est celui de tous où la température est la plus chaude et la plus soutenue. C'est le seul mois aussi dans lequel nous n'avons pas eu à noter de cas d'érysipèle. J'ai toujours constaté que la recrudescence de l'érysipèle coïncidait avec un refroidissement marqué et un abaissement subit de la température. Il y a dans ce fait autre chose qu'une coïncidence, et l'action du froid sur le développement et la reproduction de l'érysipèle doit être regardée comme définitivement acquise.

Le *sexe* a aussi son influence. Les personnes de *résistance moindre* sont plus facilement atteintes, les femmes et les enfants, par exemple.

Ainsi, sur 41 cas; nous avons 25 femmes et 6 enfants, 11 hommes, et parmi ces derniers, des tempéraments affaiblis, des vieillards ou des adolescents, enfin des alcooliques et des arthritiques, dont l'organisation détériorée constitue un terrain mieux préparé pour le développement des germes. Le cinquième des cas (hommes et femmes) est alcoolique, le huitième arthritique.

La période menstruelle, chez les femmes, diminuant momentanément la résistance vitale, a aussi une action incontestable. Il arrive fréquemment qu'un refroidissement subi pendant cette époque devient la cause occasionnelle de l'érysipèle.

Il me reste à parler de la *variété chirurgicale* et de la *variété médicale*. Plusieurs des observations que j'ai relatées sommairement indiquent combien il est parfois difficile, dans la pratique, de faire entrer certains cas dans l'une ou l'autre de ces deux divisions. Ainsi, l'observation de mon petit neveu succombant à un érysipèle

généralisé, ayant débuté par une inflammation de la matrice unguéale d'un orteil, sera, par certains médecins, rangée dans la catégorie des érysipèles spontanés des jeunes enfants; moi, je n'hésite pas à y voir un érysipèle chirurgical.

Dans d'autres cas, l'embarras peut être plus grand. J'ai cité deux observations de dacryocystite. L'inflammation du sac lacrymal étant primitive et l'érysipèle de la face consécutif, ce dernier doit rentrer dans le cadre des érysipèles chirurgicaux. Au contraire, si l'inflammation du sac lacrymal était déjà de nature érysipélateuse, constituant la première manifestation extérieure de l'infection générale, nous avons alors un érysipèle spontané. Malgré toute l'attention que j'ai apportée à faire ce diagnostic différentiel, il m'a été impossible de dissiper mon incertitude.

Par contre, l'érysipèle succédant au cathétérisme du canal nasal, dans un cas de fistule lacrymale, doit être regardé comme nettement chirurgical. Toutes ces raisons m'ont décidé à ne plus faire de distinction entre les érysipèles médicaux et chirurgicaux. L'infection érysipélateuse est une; ses manifestations sont multiples et varient suivant le siège de la solution de continuité par laquelle le germe a pénétré dans l'organisme.

Ma conviction est que l'érysipèle est plutôt une affection endémique qu'une maladie franchement épidémique. Lorsque le principe infectieux a fructifié dans le milieu où il a été transplanté, il s'y maintient, se développe, ici où là, sans qu'on puisse découvrir, la plupart du temps, son mode de transfert. Il atteint plus spécialement les personnes affaiblies ou de résistance moindre; ses manifestations sont subordonnées à des influences climatériques, parmi lesquelles les refroidissements brusques et l'humidité jouent un rôle prépondérant.

Je dois ajouter que, avant l'apparition de l'érysipèle à Rambervillers, je n'y avais pas observé un seul cas d'oreillons. C'est durant l'année 1882, pendant laquelle les cas d'érysipèle ont été observés le plus fréquemment, qu'a été observée en même temps une épidémie d'oreillons suivant fidèlement les variations subies par l'endémie érysipélateuse, variations qui dépendaient elles-mêmes des modifications climatériques. S'il n'y a, dans ces faits, qu'une corrélation fortuite, qu'une coïncidence, il n'est pas inutile néanmoins d'y insister en passant.

Je dirai, enfin, pour terminer cette note déjà longue, que, dans mon service d'hôpital, je n'ai pris jusqu'à présent, à l'exemple de bien d'autres confrères de la province, aucune précaution anti-

septique sérieuse. Je ne crois pas que les pansements à la glycérine phéniquée et les lavages à l'alcool camphré puissent être regardés comme des pratiques antiseptiques suffisantes. Cependant, je n'ai pas perdu un seul de mes opérés d'accidents opératoires; mais je dois déclarer que, si des précautions plus minutieusement antiseptiqnes devaient préserver sûrement mes blessés des complications érysipélateuses, je n'hésiterais pas à suivre rigoureusement, dans mes pansements, les règles qui sont appliquées dans les services hospitaliers et dans la clientèle des grandes villes.

NOTE DE M. LE DOCTEUR H. VENDRAND

Médecin en chef du dépôt de mendicité de Villers-Cotterets[1].

J'ai fait vingt ans la chirurgie d'urgence dans le canton forestier de Villers-Cotterets et dans la circonscription médicale de deux ou trois confrères voisins; cela m'arrive quelquefois encore à l'heure qu'il est. Et pourtant, si je veux me rappeler ce que c'est qu'un érysipèle chirurgical, je suis obligé de rassembler mes souvenirs d'étudiant dans les hôpitaux de Paris. *Ici je n'en ai jamais vu;* jamais, même sur une douzaine d'amputations du sein traitées par la suture, le drainage et l'occlusion de Chassaignac, sans acide phénique pour les huit premières, avec acide phénique pour les quatre dernières. Quelle est la raison de cette immunité? Nous habitons ici un plateau ondulé dont les altitudes varient de 225 à 250 mètres; nous n'avons pas de marais, à peine quelques ruisseaux d'eau vive s'écoulant sur des pentes rapides; en outre, quinze mille hectares de forêts versent dans notre atmosphère des flots d'ozone sans cesse renaissants. La raison est-elle acceptable? est-elle suffisante? A vous de décider.

L'érysipèle non chirurgical n'est guère plus fréquent. En ville, je ne me rappelle pas en avoir observé; au dépôt de mendicité, c'est différent. Cet établissement est composé de vieillards dont l'âge moyen est de soixante-huit ans environ; l'agglomération est assez considérable (1000 vieillards dans un espace assez restreint; mais en pleine forêt). Tous les hivers, je reçois à l'infirmerie de cinq à six femmes atteintes d'érysipèle de la face. Toujours la maladie reste bénigne, et je ne me rappelle pas avoir perdu une de ces malades. Le traitement se borne à des toniques : kina, alcool, etc., et appli-

1. *Union médicale,* 14 avril, p. 619.

cations sur la face de poudre d'amidon et de feuilles d'ouate. Quand une de ces malades était dans une des salles d'infirmerie, je n'ai jamais vu qu'elle communiquât l'érysipèle à ses voisines ou à l'une quelconque des malades de la salle.

Le seul fait qui pourrait faire penser à la contagion est le suivant : La blanchisseuse en chef de la maison (buandière), jeune femme de trente-trois ans, a présenté l'hiver dernier, tandis qu'il y avait aux infirmeries deux ou trois érysipélateuses, un érysipèle de la face assez grave, dont elle a d'ailleurs guéri. La maladie a été, chez elle, plus vive, plus inflammatoire, pour ainsi dire, que chez nos vieilles malades où elle reste habituellement torpide. Chez celles-ci, la réaction est moins vive, la rougeur plus violacée, le relief de la peau moins saillant, la chaleur moins grande et les phlyctènes plus rares. Néanmoins, la guérison est la règle.

Je n'avais pas encore eu d'hommes atteints. J'en ai un en ce moment; son érysipèle a les caractères de torpidité cités plus haut; il est en convalescence; il n'a communiqué sa maladie à aucun des vingt-cinq vieillards qui habitent la même salle.

[Les notes qu'on vient de lire sont fort intéresssantes, car elles reposent sur des faits précis et non sur des théories ou des idées préconçues. On voit dans la première comment une maladie contagieuse est apportée et s'installe dans une région où elle était jusqu'alors inconnue. Dans la seconde, on montre que la même maladie reste confinée dans un établissement très peuplé, mais relativement isolé, sans se répandre ou se propager dans le voisinage. L'importation et la contagion par le linge sale, sévissant sur des blanchisseuses, notées à la fois par M. Lardier et M. Vendrand, méritent une mention toute particulière. Je ne sache pas, en effet, que ce mode de transmission de l'érysipèle ait été signalé jusqu'ici.

Enfin, il faut remarquer la coïncidence entre le nombre considérable d'érysipèles observés à Rambervillers en 1882 et une épidémie d'oreillons survenue par la première fois dans la contrée; ceci me rappelle qu'un ancien interne des hôpitaux, M. le docteur Girou, d'Aurillac, me disait l'autre jour avoir constaté également en province une relation étroite entre l'érysipèle et la pneumonie quand ces deux maladies régnaient épidémiquement. Le temps approche où, après avoir dressé l'inventaire de toutes les maladies microbiennes ou parasitaires, on pourra reconnaître leurs affinités et leur antagonisme, leur association possible, leurs combinaisons, leur alternance, leur succession et en même temps expliquer tous les faits

d'observations compris dans le cadre si vaste, mais si peu éclairé jusqu'ici, des constitutions médicales. Je ne tomberais point des nues si quelque observateur patient me démontrait que le microbe érysipélateux, qui donne déjà naissance à la plupart des accidents de la fièvre puerpérale, peut engendrer la pneumonie et les oreillons, quand il se propage du pharynx à l'arbre respiratoire et aux ramifications du canal de Sténon. — A. Verneuil.]

NOTE DE M. LE DOCTEUR CHATAIN

Médecin-major au 19e régiment de chasseurs, à Lille[1].

Depuis quatre ans environ, je fais, à Lille, le service d'une caserne située près des remparts, et où je n'ai observé aucune épidémie : variole, rougeole, fièvre typhoïde, oreillons, érysipèle s'y montrent rarement, et toujours par cas isolés.

Chaque année, je soigne dans les salles de l'infirmerie un grand nombre de plaies qui guérissent sans complications infectieuses; pour pansement, j'emploie presque exclusivement les compresses imbibées d'eau phéniquée à 1/100, recouvertes de taffetas gommé et d'ouate. Je tiens à la plus grande propreté.

Dans ces conditions, sur sept érysipèles observés en quatre ans, un seul a pris naissance dans les salles de l'infirmerie (obs. V) sans qu'on puisse lui donner la contagion pour origine, puisqu'il ne se déclara que cinq mois après le cas qui l'avait précédé (4 octobre 1883 — 26 mars 1884); les six autres se sont développés en dehors de l'infirmerie; mais tous y ont été traités en même temps que des blessés suppurants et dans des conditions d'isolement imparfait, sans devenir le point de départ de cas intérieurs.

1 — 27 mai 1882. — Érysipèle à répétition de la face, de cause inconnue; homme de vingt-deux ans, vigoureux et bien portant, ayant des antécédents héréditaires arthritiques.

2 — 28 mai 1882. — Érysipèle de la face, de cause inconnue; homme de vingt-trois ans, également vigoureux et bien portant, non diathésique, et qui n'avait pas eu le moindre rapport avec le précédent.

3 — 21 octobre 1882. — Érysipèle de la face ayant pour point de départ une petite plaie de la lèvre supérieure; sujet de vingt-quatre ans, de bonne santé et sans diathèse appréciable.

1. *Union médicale*, 18 avril, n. 54, p. 641.

4 — 4 octobre 1883. — Érysipèle de la face, ayant pour point de départ un abcès dentaire; homme de vingt-trois ans, de bonne santé habituelle, indemne d'antécédents morbides.

5 — 26 mars 1884. — Un homme très lymphatique, sans antécédents morbides, personnels ou héréditaires, entre le 3 mars pour une plaie contuse du cuir chevelu, avec dénudation osseuse. Sans cause connue, le malade est pris de fièvre le 25 mars et l'érysipèle, évident le 26, donne lieu à des symptômes généraux assez graves pour me déterminer à envoyer cet homme à l'hôpital le 28.

6 — 12 février 1885. — Homme de vingt-trois ans, lymphatique, n'ayant d'antécédents maladifs qu'un rhumatisme articulaire subaigu au mois d'avril 1884, se présente avec un érysipèle de la face, ayant pour point de départ des ulcérations de la muqueuse nasale; des complications pulmonaires me font l'envoyer à l'hôpital le 14 mars.

7 — 4 mars 1885. — Homme, vingt et un ans, vigoureuse constitution, sans antécédents morbides; périostite alvéolo-dentaire le 1er mars. J'ouvre l'abcès, et, le 3 mars, j'arrache le chicot. Le 4, érysipèle qui envahit le cuir chevelu, puis le cou et amène un abcès de la nuque. Le 26, le malade reprend son service; il n'avait pu avoir, avant le début de son érysipèle, aucun rapport avec le sujet de l'observation n° 6.

[Les faits précédents prouvent que l'érysipèle, pour être rare, n'en existe pas moins dans les villes de province, et qu'il s'y présente avec ses variétés principales, pathologique et traumatique.

M. Chatain n'a pu saisir la filiation étiologique dans aucun de ces cas; mais il a constaté, en revanche, que l'érysipèle importé du dehors n'était pas très actif, car il ne s'est transmis à aucun des blessés que l'infirmerie renfermait à la même époque. Nous avons déjà remarqué cette faible contagiosité de l'érysipèle en province, ce qui tient peut-être tout autant à la faible réceptivité des sujets qu'au peu d'énergie de la cause contaminante.

Toujours est-il que l'armée, et par conséquent la jeunesse dans les grandes villes, paie son tribut à l'endémie qui nous occupe. — A. V.]

NOTE DE M. LE DOCTEUR DUVERNAY, DE BELFORT [1]

Depuis cinq ans j'exerce la médecine à Belfort, ville de 20000 âmes environ. Depuis la même époque, je suis médecin de la Société

1. *Union médicale*, 14 mai, n° 67, p. 815.

alsacienne de constructions mécaniques, des ateliers de laquelle sortent chaque année un grand nombre de locomotives. Cette usine occupe constamment de 700 à 800 ouvriers, tous occupés à forger, à limer, à ajuster, etc. C'est assez dire que les blessures y sont très fréquentes. Je n'ai pas le relevé exact de tous les accidents depuis la fondation de l'usine; mais je le possède pour tous ceux qui y sont venus depuis juillet 1884 jusqu'au 1er avril de cette année. Leur nombre, pour ces neuf mois, est de 100. Il a été sensiblement le même depuis la fondation de l'usine. C'est donc environ 500 blessés que j'ai eu à soigner depuis cinq ans.

Les blessures étaient, bien entendu, de gravité très différente : les unes consistant en simples plaies contuses des doigts, les autres en panaris, en talures de la paume des mains et des doigts, d'autres enfin en arrachements des dernières phalanges; arrachement total des cinq doigts dans un cas, arrachement de quatre doigts dans un autre avec conservation du pouce seul, plaies articulaires, plaies avec fracture des phalanges, etc.

Les victimes de ces accidents habitent, pour la plupart, une cité ouvrière construite il y a quatre ans et relativement propre, bien tenue, et dans d'excellentes conditions d'aération. Cette cité se compose de quarante-six maisons comprenant chacune quatre logements où il n'y a jamais de véritable encombrement. Les autres ouvriers habitent soit les faubourgs de Belfort, qui sont très étendus, très aérés, soit les villages voisins.

Or, chez ces ouvriers, aucune des blessures que j'ai observées ne s'est compliquée d'érysipèle.

Depuis deux ans, je soigne tous les ouvriers occupés à la construction de trois forts autour de la place de Belfort, et j'ai noté chez eux cinquante accidents divers, consistant également le plus souvent en plaies contuses plus ou moins graves des mains ou des pieds.

Pas plus chez ces ouvriers, qui habitent exclusivement les villages, que chez les premiers, je n'ai vu les plaies se compliquer d'érysipèle. J'ai observé plusieurs fois des lymphangites à la suite d'accidents chez les ouvriers qui, peu atteints et durs à la peine, continuaient à travailler sans panser leur plaie, mais d'érysipèle point.

Dans ma clientèle de la ville, j'ai fait un certain nombre d'opérations, amputations de seins, kélotomie, extirpation de tumeurs diverses, sans voir jamais la guérison entravée par l'érysipèle.

Mon frère, qui exerce depuis quinze ans dans un chef-lieu de 4500 âmes en pleine campagne, à 20 kilomètres de Belfort, est le médecin de quatre usines dont le nombre d'ouvriers s'élève à

près de 2000. Il a par conséquent fréquemment à soigner des blessures ; celles-ci ont toujours été exemptes de la complication dont nous nous occupons. Il y a une douzaine d'années, après une amputation du sein, il a vu la malade succomber rapidement à l'érysipèle. Mais alors la méthode antiseptique n'était pas encore couramment employée, et l'antique cérat avait fait tous les frais du pansement. Il y a un an, il a vu encore, malgré l'antisepsie cette fois, une vieille femme succomber par érysipèle à la suite de la kélotomie. Mais l'opération avait été faite dans les plus déplorables conditions. C'était dans un misérable taudis où l'on voyait à peine clair. Lorsque mon frère, pour s'éclairer, voulut enlever les lambeaux de rideaux pendus à la fenêtre, il s'en échappa un nuage de poussières dont il fut presque aveuglé.

De ces faits, je conclus que l'érysipèle traumatique est à peu près inconnu à la campagne. Je suis bien convaincu que ce privilège tient en grande partie aux conditions de pureté de l'air et à l'absence ou au peu de fréquence des microbes ou vibrions septiques ; ce qui ne m'empêche pas de panser mes blessés de Belfort avec tout autant de soin et de scrupules que s'ils étaient exposés, comme les blessés des hôpitaux de Paris, à toutes les complications des plaies. Un année d'externat à l'Hôtel-Dieu, dans le service d'Alphonse Guérin, une année d'internat à Lariboisière, dans le service du professeur Panas, où la méthode était appliquée dans toute sa rigueur, m'ont forcément rendu le partisan convaincu des pansements antiseptiques, et je me croirais coupable de ne pas faire bénéficier mes blessés des préceptes puisés dans la pratique de mes deux excellents maîtres. Le cérat, bien entendu, est banni de mes pansements. Dans la très grande majorité des cas, je panse mes blessés selon la méthode de Lister en supprimant pourtant la pulvérisation. Dans certains cas, où l'indication spéciale paraît bien nette, je fais des pansements à l'iodoforme. Enfin, mais rarement, le cérat est remplacé simplement par la vaseline résorcinée à 2 p. 100. En suivant cette pratique, je crois préserver plus sûrement mes blessés de l'érysipèle qu'en m'en remettant simplement à la salubrité de l'air de la campagne. Je mets toutes les chances de mon côté, ce qui est, je pense, le but vers lequel doit tendre tout praticien.

[Cette note toute négative est néanmoins fort démonstrative ; elle prouve que là où les germes spécifiques manquent, l'érysipèle ne se montre pas. Si les causes banales et les constitutions médicales avaient le pouvoir d'engendrer la maladie, on comprendrait diffici-

lement l'immunité complète et prolongée dans certaines régions, et en particulier dans une ville de 20 000 âmes, où la population est condensée.

Il manque à l'intéressante note de M. Duvernay un complément. Notre confrère devrait faire une enquête auprès de ses collègues pour savoir si l'on observe souvent, rarement ou pas du tout l'érysipèle dit médical ou spontané dans la ville de Belfort. — A. V.]

NOTE DE M. LE DOCTEUR BRUNEAU, DE CHATEAUROUX (INDRE)

14 mai 1885.

Monsieur et très honoré maître,

Les lettres successives qui vous sont adressées de province sur l'érysipèle traumatique ou spontané, et dont j'ai connaissance par l'*Union médicale*, me portent à vous transmettre quelques mots sur une *série érysipélateuse* que j'ai observée à la campagne dans les environs de Châteauroux. Les faits datent de deux ans, mais ils m'avaient frappé d'une façon si singulière, ils sortaient tellement des choses ordinaires de la clientèle, qu'ils sont restés gravés dans ma mémoire et que je puis les relater d'une façon à peu près passable.

Dans le courant d'avril 1883, je suis appelé dans une ferme à quatre lieues de Châteauroux. Je trouve une femme de quarante ans environ, présentant les symptômes d'un érysipèle de la face. Trois jours après ma visite, la fille de la malade, âgée de dix-huit ans et couchant dans la même chambre, est prise de la même affection. La tante de cette jeune fille, qui habitait une ferme située à deux kilomètres, est mandée en toute hâte pour soigner les deux malades. Après quelques jours, la mère entre franchement en convalescence; mais la jeune fille succombe avec des symptômes cérébraux d'une intensité exceptionnelle.

Cinq ou six jours après son arrivée dans la maison contaminée, la tante à son tour est prise de fièvre et de frissons violents. On la reconduit chez elle. Appelé le lendemain, je reconnais sur la jambe gauche une rougeur érysipélateuse, qui semble partie d'un ulcère variqueux presque cicatrisé, recouvert d'une croûte sèche, et occupant la face interne du mollet; au bout de quarante-huit heures,

1. *Union médicale*, 11 juin, n° 80, p. 979.

l'érysipèle a envahi complètement le membre inférieur gauche, et a poussé des prolongements sur la fesse et la partie inférieure du tronc. A la place de la coloration rougeâtre de l'avant-veille, je trouve une teinte bleuâtre générale; le mollet est couvert de larges ampoules qui donnent issue à un liquide sanieux et rougeâtre. La cuisse elle-même présente dans sa moitié inférieure des bulles de petite dimension. La malade est en proie au délire et à une agitation extrême.

Deux jours après, état comateux, respiration stertoreuse, pupilles dilatées, langue fuligineuse; un enduit noir recouvre les dents et les gencives; pouls à 160. Le membre inférieur, un peu augmenté de volume, est couvert d'ampoules et a pris dans toute son étendue une coloration ardoisée. La malade succombe le sixième jour au matin.

Le même jour, je suis appelé pour le mari de cette femme, qui, malgré mes observations réitérées, n'avait pas quitté un instant la malade pendant les six jours, et s'était obstiné à coucher dans la même chambre. C'était un homme très bien portant d'habitude; je le trouve au lit avec une fièvre intense, une douleur vive dans tout le mollet droit et un peu dans l'articulation du genou. Au milieu du mollet, à la partie postérieure, se trouve une plaque bleuâtre à bords ondulés, non saillants, large comme une pièce de cinq francs; crépitation emphysémateuse très nette, perçue à la plus légère pression au niveau de cette plaque. J'examine avec la plus grande attention et il m'est impossible de trouver la plus petite plaie.

Après douze heures, le gonflement, la teinte cyanique, la crépitation emphysémateuse sont montés jusqu'au tiers inférieur de la cuisse; le doigt, pressant sur la peau, y marque une légère dépression et chasse la coloration ardoisée, qui revient bientôt par un nouvel afflux de sang dans les capillaires. Le malade a des vomissements teintés de bile, une teinte subictérique généralisée, la langue noire et fuligineuse, du délire et beaucoup d'agitation. Le pouls, petit, est à 140. En présence de semblables accidents, et craignant que la maladie ne fasse une nouvelle victime, je fais évacuer la maison; le malade est transporté dans une pièce non habitée depuis longtemps, et complètement séparée de la première. Je laisse près de lui juste le nombre de personnes nécessaire pour le soigner, le reste s'installe dans les greniers et la bergerie. Les mesures de désinfection prises dès le début sont augmentées et rigoureusement appliquées. Le lendemain, mon malade succombe, avec les mêmes symptômes d'intoxication générale que sa femme.

Croyez-vous, mon cher maître, que ces quatre faits ne plaident pas en faveur de la contagion de l'érysipèle? Croyez-vous que la province, même avec son air pur si souvent et si justement vanté, ne puisse avoir des formes de cette maladie, rappelant les plus mauvais cas d'érysipèle bronzé qu'un séjour de dix ans dans les hôpitaux de Paris a laissés dans ma mémoire?

Ainsi, dans les observations que je vous soumets, la maladie se propage en suivant une marche graduellement ascendante, comme si le microbe de l'érysipèle (puisque microbe il y a) devenait de plus en plus virulent en passant d'un de mes malades aux autres.

1er cas : érysipèle de la face; guérison

2e cas : érysipèle de la face; mort après huit jours.

3e cas : érysipèle du membre inférieur gauche présentant une allure gangréneuse; mort après six jours;

4e cas : érysipèle bronzé affectant la jambe droite, symptômes d'intoxication générale très marqués dès le début; mort après quatre jours.

[Il serait, en effet, bien difficile de nier la contagion en présence d'une série aussi instructive à cet égard. Il est curieux également de voir des érysipèles aussi graves provenir d'un premier cas si bénin, comme la variole confluente peut sortir d'une varioloïde. Ici le dernier atteint et le plus rapidement enlevé n'avait pas de prédisposition apparente; c'était un homme de très bonne santé ordinaire.

Enfin, si quelques médecins conservent encore des doutes sur l'identité des deux formes d'érysipèle, médicale et chirurgicale, l'intéressante note de M. le docteur Bruneau montre ces deux formes se succédant dans la même série sans qu'il soit possible de nier leur étroite parenté. — L.-G. Richelot.]

NOTE DE M. LE DOCTEUR BOURDY [1]

Le Mans, 27 mai 1885.

Mon cher maître,

Votre enquête sur l'érysipèle en province m'engage à vous communiquer le fait suivant :

1. *Union médicale*, 21 juin, n° 85, p. 1041.

Je donnais mes soins à une malade de la ville, atteinte d'érysipèle, consécutif á une écorchure du nez. Je me lavais les mains dans une solution phéniquée.

Le même jour , dans une commune située à 6 kilomètres, j'ai eu à enlever au thermo-cautère une loupe du pli de la fesse. Opération rapide, sans écoulement de sang.

Pansement phéniqué humide, mal fixé, en raison de la région, et peu renouvelé malgré mes avis. Quatre jours après, la malade était prise d'un érysipèle qui a guéri. Il n'y avait aucun cas dans le bourg; le mal ne s'est pas propagé.

Je n'ai guère vu d'érysipèles traumatiques dans une pratique de dix-huit ans. Ici, les érysipèles médicaux ne sont pas rares; mais en ville, l'hôpital excepté, on n'observe guère l'érysipèle chirurgical.

Je crois avoir transporté à ma malade l'agent pathogène. Le mal s'est développé malgré l'acide phénique, à 5 p. 100 en lavages, à 2, 5 en applications. Il est vrai que la malade, peu soigneuse, marchait et dérangeait son pansement.

Je suis heureux de vous communiquer cette observation, si elle peut vous être utile. En 1870, nous manquions de bien des choses dans les ambulances de province, et les érysipèles même bronzés n'étaient pas rares chez les blessés.

NOTE DE M. LE DOCTEUR RICOCHON, SUR UNE ÉPIDÉMIE D'ÉRYSIPÈLES AUX ENVIRONS DE CHAMPDENIERS (DEUX-SÈVRES).

Cette épidémie s'est manifestée dans quelques villages situés à la limite du Bocage et de la plaine; ce pays est un plateau balayé par les vents, qui n'y trouvent aucun obstacle; aussi est-il envahi chaque année, en mars, avril et mai, par une épidémie de grippe, de fièvre catarrhale, tandis que le Bocage en a toujours été indemne.

C'est là que s'est développée, en 1884, l'épidémie d'érysipèles observée par M. Ricochon. Voici quelques détails sur les malades qui ont été atteints.

1 — 17 novembre 1884. — Mme D..., trente-huit ans, de Champdeniers, lymphatique; herpétique; a eu un premier érysipèle à dix-sept ans. Lypémanie ancienne qui s'est un peu calmée après l'apparition d'un impétigo au cuir chevelu; après une promenade au grand air, érysipèle bulleux de la face. Marche locale ordinaire, mais avec phénomènes nerveux insolites, dus à la prédisposition de

la maladie : délire lypémaniaque ; coma vigil ; somnambulisme, catalepsie. A la suite, parésie très accentuée de la jambe droite, avec fourmillements, qui a persisté pendant un mois.

2 — 17 novembre. — God..., treize ans, du Tail, lymphatique ; légère brûlure à un doigt de la main droite, remontant à plusieurs jours. Garde les troupeaux dans la plaine. A la suite, engorgement des ganglions épitrochléens du bras droit, puis érysipèle phlegmoneux. Un médecin appelé au début de l'engorgement ganglionnaire a pensé à une luxation du coude et exercé des manœuvres intempestives qui ont peut-être provoqué l'apparition du phlegmon. Incision au bistouri. Guérison.

3 — Même jour. — Boud..., cinquante ans, commune des Javelots ; arthritique ; n'a jamais été malade ; varices aux jambes ulcérées depuis longtemps. Travaille dans la plaine. Le mal débute par la céphalalgie, avec engorgement pulmonaire, face vultueuse, langue sèche, délire nocturne. Température 40°,5 ; 39° ; 40° les cinq premiers jours. Pouls de 90 à 100. Le cinquième jour, rougeur diffuse, érysipélateuse à la face, disparaissant trois jours après. A ce propos, application d'un sinapisme Rigollot à la jambe droite sur un ulcère variqueux ; phlegmon érysipélateux périmalléolaire, incisions multiples ; lymphangites consécutives à la face postéro-interne de la jambe et de la cuisse ; suppuration interminable, infecte et très abondante ; décollements ; drainage et injections antiseptiques. Arthrite suppurée du genou. On propose l'amputation qui est refusée. Dépérissement. Infection septicémique lente ; eschares au sacrum ; marasme. Mort au bout de quatre mois, en avril 1885 [1].

4 — Même jour. — Pellet, cinquante et un ans, commune des Alleufs ; arthritique. Teint coloré, un peu couperosé, desquamation habituelle des oreilles ; a eu autrefois un érysipèle. Gardait les troupeaux dans la plaine. Épistaxis, puis érysipèle bulleux de la face. Évolution normale.

5 — 29 novembre. — Mot..., onze ans, de Fougère ; lymphatico-sanguin ; teint coloré. Meurtrissure légère au doigt. Engorgement des ganglions épitrochléens, phlegmon érysipélateux. Cours normal. Incision au dixième jour.

6 — 2 décembre. — Seign..., quarante-six ans, de Fougère. Teint coloré ; gerçures aux oreilles, travaille dans la plaine. Érysipèle bulleux de la face. Cours normal. Douleurs hépatiques à la pression, qui ont survécu à l'érysipèle.

1. Ce fait vient grossir le nombre des arthrites suppurées du genou, consécutives aux lymphangites des membres inférieurs. — Voir plus haut, p. 536.

7 — Même jour. — Pellet (mari de la malade du n° 4) cinquante-trois ans; arthritique. Piqûre d'épine à l'index droit depuis quinze jours. Travaille aux champs. Adéno-lymphite allant jusqu'à l'aisselle; puis teinte érysipélateuse de la peau; résolution.

8 — Même jour. — Charp..., vingt-deux ans; des Alleufs. Accouchée depuis cinq semaines; mamelons ulcérés; abcès du sein. Porte de maison ouverte tout le jour. Au début, frissons répétés, plaques érysipélateuses disséminées; puis rougeur généralisée, simulant la scarlatine avec son angine et sa haute température du début.

9 — 3 décembre. — Mogne, vingt-quatre ans; des Javelots; soldat d'infanterie de marine, convalescent du Tonkin; dysenterie chronique. Lymphangite du bras droit. Vaisseaux lymphatiques devenus durs, douloureux, sans rougeur ni trace extérieure d'inflammation, pas d'excoriation au doigt. J'imagine que l'infection s'est faite par la matrice de l'ongle, ou par ces petits soulèvements épidermiques (envies) qui existent chez certains sujets.

10 — 10 décembre. — Main... quarante-cinq ans, de Ruffinière. Herpétique; teint coloré; métrite. Excoration du nez; après promenade au grand air, érysipèle bulleux de la face. Cours normal. Guérison.

11 — 27 décembre. — Chev... quarante-neuf ans, de Xaintray. Lymphatique; a eu autrefois un érysipèle de la face. Plaie de l'index; huit jours après, sert de porteur à un enterrement, prend froid au cimetière; le soir, frisson violent; douleur au-dessus du pli du coude; érysipèle phlegmoneux et gangréneux; eschares énormes; débridements profonds; bains et pansements antiseptiques; guérison au bout de six semaines[1].

12 — 29 décembre. — Sainson, soixante-trois ans, de la Moussière. Il y a six ans, érysipèle au cou-de-pied gauche après écorchure. Meurtrissure légère du dos de la main droite, sans aucun phénomène morbide; entreprend un voyage à pied fatigant et long par un vent très vif; revient la nuit chez lui; frisson, pneumonie catarrhale double, et en même temps phlegmon érysipélateux de l'avant-bras. Au quatrième jour, mort d'adynamie.

M. Ricochon fait au sujet de ces cas les réflexions suivantes :

1. Il eût été bien intéressant de savoir de quoi était morte la personne que Chev. a portée en terre, et si la petite plaie de l'index n'aurait pas été par hasard inoculée par le virus cadavérique; cette supposition est soutenable, quand on songe que l'érysipèle gangréneux a débuté quelques heures seulement après l'enterrement. — A. V.

Il est à remarquer que l'épidémie a éclaté d'emblée le même jour en des points différents (Champdeniers, les Javelots, les Alleufs, le Tail). La température était de 3° environ; les vents soufflaient fortement de l'est.

La plupart des cas sont dus à l'exposition plus ou moins prolongée au vent. En stimulant la face et en y appelant le sang, en avivant pour ainsi dire les surfaces accidentelles d'absorption que j'ai presque toujours pu retrouver : desquamations, érosions quasi imperceptibles, traumas plus visibles, les vents et la température ont donc joué un rôle prédominant.

Le vent a-t-il apporté en même temps l'élément contagieux? je ne le crois pas. Chez ces sujets prédisposés, sur ces visages et ces surfaces cutanées typiques, qui parlent d'avance en faveur de l'érysipèle, le microbe érysipélateux doit être blotti en quelques points, dans quelques interstices épidermiques. Son existence y est précaire tant que le terrain ne lui est pas tout à fait favorable, mais que l'occasion vienne et il ne tardera pas à se développer[1].

La variété des manifestations érysipélateuses autorise-t-elle à croire que plusieurs microbes ont été complices et ont fait campagne ensemble? je ne le pense pas. Les érysipèles ont été simples à la face, phlegmoneux et même gangréneux aux bras et aux jambes; pourquoi? Sans doute cette complication, dans ces derniers cas, tient à ce que les vaisseaux lymphatiques sont presque toujours irrités d'avance, que les mains des travailleurs sont toujours meurtries et contuses; que les canaux d'absorption sont par conséquent en état d'imminence morbide. Il n'est donc pas étonnant que le conflit entre des tissus inflammables et un agent aussi inflammant que le microbe érysipélateux provoque ici un phlegmon, et là, de la gangrène, sans qu'il semble nécessaire d'invoquer l'intervention d'un nouveau microbe phlegmoneux ou gangréneux. On s'explique pour les mêmes motifs comment les vaisseaux lymphatiques de la jambe d'un homme depuis longtemps atteint d'ulcères variqueux (obs. III), se sont enflammés aussitôt après l'apparition de l'érysipèle et sont devenus de véritables poches de pus. Ce dernier malade offre encore une particularité importante. Les symptômes généraux (fièvre, délire, céphalalgie frontale) ont précédé toute localisation. L'érysipèle de la face n'est apparu que le cinquième jour, et encore son allure

1. Sans connaître mes opinions sur *l'habitation* des surfaces cutanées et des cavités muqueuses par le microbe érysipélateux, variété du parasitisme microbique latent, mon jeune confrère était arrivé à des conclusions analogues, ce qui est important, car le témoignage est bien désintéressé. — A. V.

n'a-t-elle pas été bien franche. On eût plutôt dit un érythème étendu sans le gonflement et la tuméfaction habituelle. La douleur de la jambe n'a été accusée que plus tard encore, quatre jours après, à la suite de l'application intempestive de la moutarde. Faut-il dire ici que l'infection s'est faite d'emblée, et que les localisations tardives n'en ont été que la manifestation fortuite ?

Une question encore plus délicate est celle de savoir si, comme tout semble le prouver, la femme de l'observation VIII a réellement eu une scarlatine. Elle était accouchée depuis trois semaines ; sa puerpéralité durait encore. L'allaitement n'avait pu se continuer par suite de gerçures du mamelon et d'abcès du sein. Elle offrait donc des portes multiples ouvertes à l'absorption du contage régnant. Dès lors, ne peut-on pas se demander si cette scarlatine prétendue n'a pas été en connexion avec les deux cas d'érysipèle qui existaient dans son voisinage, et d'une manière plus générale quelle relation existe entre l'érysipèle et la scarlatine. Ne s'est-on pas déjà posé la même question pour la scarlatine et certaines angines diphthéroïdes, au cours desquelles apparaissait tout à coup une éruption scarlatiniforme généralisée ?

A côté de ces formes complexes, difficiles à interpréter, restent : l'observation IX, d'une lymphite simple du bras sans rougeur, quoique très douloureuse, et sans excoriation visible de la main, sur un convalescent épuisé du Tonkin; puis l'observation VII, d'une adénite de l'aisselle, chez le mari d'une femme atteinte précédemment d'un érysipèle de la face. Il y avait ici piqûre au doigt, longtemps indolore, puis devenant tout à coup extrêmement douloureuse, en même temps que les ganglions axillaires s'enflammaient. Doit-on invoquer ici la contagion directe ? Ce serait le seul cas bien authentique.

Il me reste à dire, pour compléter ces trop longues remarques, que dans le mois qui a suivi l'épidémie, au village de Fougère, où il y avait eu un phlegmon érysipélatenx et un érysipèle, trois accouchées, qui, dans leurs couches précédentes n'avaient présenté aucun accident, ont eu une pelvi-péritonite, qui a guéri, il est vrai, mais à travers des péripéties longues et fort ennuyeuses [1]. »

1. On a vu plus haut, dans la discussion à l'Académie, combien je suis disposé à admettre une corrélation étroite, une parenté intime entre l'érysipèle et la complication puerpérale, ce qui expliquerait l'apparition de ces dernières à la campagne, où l'érysipèle existe manifestement. Le fait de M. Ricochon vient donc à l'appui de cette manière de voir. On peut invoquer encore en faveur de celle-ci un passage d'une leçon de M. Landouzy : *Sur les progrès de l'hygiène.* (*Revue scientifique*, 25 juillet 1885, p. 105.)

L'auteur, relevant les causes de la mortalité en 1884 et notant pour l'érysipèle

NOTE DE M. LE DOCTEUR LECLER, DE ROUILLAC (INÉDITE)

M. X..., cinquante ans environ, portant habituellement sur le visage des pustules d'acné, alla un jour dans un village situé à plusieurs kilomètres de sa demeure pour chercher des nouvelles d'une malade atteinte en ce moment d'une attaque d'érysipèle à répétition. Cet homme était ce jour-là, comme d'habitude d'ailleurs, très bien portant et fit à pied le voyage pour aller et revenir; il n'entra pas dans la chambre ni même dans la maison de la malade et séjourna seulement quelques minutes sous la porte cochère où régnait un courant d'air assez vif et où on vint lui dire dans quel état se trouvait la patiente.

La nuit suivante, pris de malaises et de vomissements, il fit de grand matin appeler M. Lecler qui constata seulement un peu de rougeur sur la joue autour d'une des pustules d'acné, écorchée depuis l'avant-veille. — Le soir le diagnostic était établi : un érysipèle avait envahi déjà la moitié de la face; il évolua en quelques jours et se termina par la guérison.

La contagion s'était faite ici bien manifestement par l'air seul, et sans contact immédiat, avec l'aide de cette condition adjuvante, d'une petite solution de continuité au visage et peut-être du courant d'air. — Il est bon d'ajouter qu'aucun cas d'érysipèle n'existait dans la localité habitée par M. X... ni dans les alentours immédiats.

NOTE DE M. LE DOCTEUR REGNIER SUR L'ÉRYSIPÈLE DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES DE PHILIPPEVILLE ET DE BATNA[1]

A la requête de M. le professeur Verneuil, mes collègues et amis, M. Jeunehomme, médecin-chef de l'hôpital de Batna, et M. Nicol, médecin-chef de l'hôpital de Philippeville, ont bien voulu rechercher dans les documents statistiques les faits concernant l'érysipèle. Il était intéressant, en effet, de savoir si, en Algérie comme dans les

269 cas, et pour les affections puerpérales 268, fait remarquer que l'étroit parallélisme existant entre les deux maladies s'est retrouvé le même dans les tableaux répondant aux quatre années antérieures. — A. V.

1. *Union médicale*, n° 56, p. 662.

hôpitaux de Paris, l'érysipèle a de la tendance à diminuer sous l'influence des pansements antiseptiques.

De 1880 jusqu'au mois d'avril 1883, j'ai été médecin-chef de l'hôpital de Batna où M. Jeunehomme m'a remplacé ; à Philippeville, j'ai pris le service de M. Bouchez et M. Nicol m'a succédé en novembre 1883. Je puis affirmer que mes collègues et moi avons employé les pansements antiseptiques : l'eau phéniquée coule abondamment sur les plaies, la charpie a disparu de nos services, et la ouate est employée largement. Le pansement antiseptique complet de Lister est réservé pour les amputations ou les blessures graves. Voici exactement la fréquence de l'érysipèle pour les deux hôpitaux en question, sans distinction des formes médicale ou chirurgicale.

Les relevés ont porté sur les deux périodes de 1872 à 1874 et de 1882 à 1884.

A Philippeville, diminution considérable portant sur les salles civiles et sur les salles militaires. La moyenne des érysipèles, de 11 pour 1000 malades militaires de 1872 à 1874, n'est plus que de 3,6 pour 1000 de 1882 à 1884. Dans les salles civiles, la moyenne de 8,9 pour 1000, de 1872 à 1874, tombe à 2,2 pour 1000 de 1882 à 1884. Donc, à Philippeville, les pansements antiseptiques ont exercé une influence réelle sur la diminution des érysipèles.

A Batna, les résultats sont différents. La moyenne des érysipèles, de 9 pour 1000 malades militaires, de 1872 à 1874, monte à 10 pour 1000 de 1882 à 1884. Dans les salles civiles, la moyenne, de 6 pour 1000 de 1872 à 1874, s'élève à 7 pour 1000 de 1882 à 1884. Nous sommes donc en présence d'une augmentation faible, mais réelle. Cette contradiction entre les résultats, alors qu'on employait pourtant la même méthode de pansements, a une cause qu'il convient de mettre en relief.

La période de 1882 à 1884 correspond, pour Batna, à l'occupation plus étendue du Sud de la province de Constantine par les postes de Négrine, Tuggurth et Debila.

Toutes les troupes qui vont dans le Sud et qui en reviennent passent par Batna, et c'est encore à Batna que viennent se reposer pendant six mois les soldats qui ont séjourné dans le Sud. Les hommes qui ont été soumis aux températures excessives, au régime des eaux saumâtres et purgatives, sont dans un état de débilité qui imprime une gravité particulière à toutes les maladies qui les frappent. Dans les salles de blessés la tendance aux suppurations est grande ; les phlegmons profonds sont relativement fréquents et l'érysipèle s'observe quelquefois. Les pansements antiseptiques, mais surtout le régime

tonique et les préparations de quinquina, guérissent très bien ces malades. M. Jeunehomme ne signale aucun décès par l'érysipèle et moi-même je n'en ai pas constaté.

Pour la population civile, des circonstances semblables expliquent l'élévation numérique de l'érysipèle ; les travaux du chemin de fer d'El-Guerrah à Batna et de Batna à Biskra ont placé la population ouvrière dans les mêmes conditions d'insalubrité que la garnison. Sauf de rares exceptions, les ouvriers, installés dans des baraques en planches, couchent sur le sol comme des soldats en campagne.

La fréquence relative de l'érysipèle chez les troupes fatiguées par la vie des camps a été constatée à l'hôpital de Philippeville en 1881. Au commencement de la campagne de Tunisie, et avant l'installation des hôpitaux dans cette province, Philippeville reçut plusieurs convois de malades. Le chiffre des érysipèles fut de 18 pour l'année 1881, dont 11 pour le mois de décembre : dans les années suivantes les chiffres baissent considérablement : 1882, 2 ; 1883, 4 ; 1884, 1.

Conclusions. — 1° A Philippeville, l'érysipèle diminue d'une manière sensible sous l'influence des pansements antiseptiques ; 2° A Batna, en dépit de ces pansements, l'érysipèle a augmenté dans une certaine proportion, parce que les hommes, fatigués par leur séjour dans le Sud ou leurs travaux de terrassement, ont présenté aux germes de l'érysipèle un terrain de culture favorablement préparé.

[L'érysipèle étant beaucoup plus fréquent dans les premiers mois de l'année que pendant tous les autres, d'autre part, le froid et le refroidissement ayant sur son développement une influence considérable, il était intéressant de savoir comment la maladie se comportait dans les pays chauds. C'est pourquoi nous acceptâmes avec empressement les renseignements précis que M. le docteur Régnier voulait bien nous fournir sur les hôpitaux de Philippeville et de Batna. On peut déjà conclure, contrairement aux prévisions optimistes, que les températures élevées ne mettent pas à l'abri de l'érysipèle, et que celui-ci est à peu près aussi fréquent en Algérie qu'en France.]

A. V. 1885.

DES RELATIONS DE L'ÉRYSIPÈLE

AVEC LES AFFECTIONS RÉNALES

En 1876, d'après mes conseils, deux de mes élèves, MM. Revouy et Maldant, traitèrent cette question dans leur thèse inaugurale[1].

M. Revouy, après avoir établi que la gravité de l'érysipèle est en raison directe de l'état des viscères, du rein et du foie en particulier, divise son travail en deux parties; dans la première, il considère l'influence de l'érysipèle sur la production de l'albuminurie et des maladies rénales; dans la seconde, l'influence de ces affections sur l'apparition et la gravité de l'érysipèle.

La découverte de l'albuminurie dans l'érysipèle a été faite en 1841 par Becquerel, qui a mentionné la coïncidence dans deux cas; M. Abeille en 1850, et Begbie en 1852, ont cité des faits analogues.

La fréquence de ce phénomène n'a pas encore été déterminée d'une manière exacte. M. Abeille a trouvé quinze fois de l'albuminurie sur 105 cas d'érysipèle; Becquerel, deux fois sur 5 cas; M. Nepveu, deux fois sur 9, et Smeler deux fois sur 15; M. Sevestre, neuf fois

1. Revouy, *Des relations de l'érysipèle avec les affections rénales.* Th. de doct., Paris, 24 mars 1876, n°. 77. — Maldant, *Des relations de l'érysipèle avec les maladies des voies urinaires.* — Th. de doct., Paris, 7 avril 1876, n° 106.

Quelques mois plus tard, un élève de M. Trélat, M. Sigaud, a soutenu également sa thèse sur l'albuminurie dans l'érysipèle et la lymphangite. (7 novembre 1876, n° 481.) — L'auteur résume les mêmes documents que MM. Revouy et Maldant, bien qu'il ne cite par leurs thèses, et arrive aux mêmes conclusions. Il mentionne en outre (p. 25) une véritable épidémie d'érysipèles chirurgicaux ainsi que de lymphangites, survenue à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Trélat, et ayant duré de mai à septembre, autant qu'on peut en juger par les observations insérées dans cette thèse, et recueillies par M. Letulle. Dans tous les cas, l'examen des urines décela la présence de l'albumine.

On trouvera dans d'autres travaux de nos élèves ou de nous-même des observations relatives à cette question, en particulier dans les thèses de Zantiotis (1868), Leneveu (1878), Bruchet (1881). Nous résumons seulement ici ce qui a trait spécialement à l'érysipèle. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet, en traitant des relations des affections rénales avec les complications des plaies.

sur 13, M. Revouy, quatre fois sur 11. En somme, sur 158 cas d'érysipèle, l'albuminurie s'est montrée trente-quatre fois.

Au contraire de Begbie, qui prétendait que l'albuminurie se montrait au début de la convalescence, au moment de la desquamation, M. Revouy l'a trouvée dans l'érysipèle en pleine éruption.

Plusieurs opinions sont en présence pour expliquer la pathogénie de l'albuminurie en pareil cas.

Begbie, trouvant de l'albumine dans l'urine des érysipélateux à la période de convalescence, en conclut que, l'érysipèle étant une fièvre exanthématique, comme la scarlatine, la rougeole et la variole, l'albuminurie reconnait pour cause la desquamation rénale. Les recherches de Fourcault, de Balbiani, de Valentin, etc., ayant démontré le rôle que joue la peau dans la dépuration du sang, Tripe, Basham, Clemens, prétendirent que l'abolition plus ou moins complète et subite des fonctions cutanées, dans la scarlatine, était une des causes de l'albuminurie. Cette doctrine fut immédiatement appliquée à l'érysipèle.

D'ailleurs on sait que, dans les brûlures étendues, dans certaines affections occupant une large surface des téguments, dans le pemphigus et l'eczéma par exemple, on observe des lésions viscérales de nature congestive, analogues à celles qui accompagnent parfois l'érysipèle. Celui-ci altérerait alors le rein parce que la suspension de l'hématose et des sécrétions cutanées déterminerait l'hyperhémie rénale ou une suppléance fonctionnelle exagérée, soit par simple congestion compensatrice, soit par action réflexe.

Mais si cette explication est admissible pour les brûlures et les érysipèles couvrant une grande étendue de la surface cutanée, elle ne l'est plus pour les cas où l'érysipèle est borné à la face. Il faut alors chercher une autre explication.

M. Revouy la trouve dans l'infection du sang antérieure à l'érysipèle, infection partie d'une plaie, produisant d'une part l'érysipèle et de l'autre l'albuminurie. Celle-ci aurait pour cause, comme l'albuminurie des septicémies, l'altération septique du sang et la lésion consécutive du rein [1].

1. On voudra bien remarquer la date de ces travaux, qui reflétaient mes opinions d'alors et indiquaient qu'à cette époque, c'est-à-dire depuis dix ans, j'admettais déjà les néphrites septiques et le transport jusqu'aux reins du toxique spécial de l'érysipèle. On sait avec quelle abondance de preuves plusieurs auteurs, et à leur tête mon éminent collègue et ami le professeur Bouchard, ont établi l'existence et la fréquence des néphrites infectieuses et parasitaires. Mais je ne soulève pas ici la question de priorité; je veux dire seulement que j'étais au courant d'idées qui commençaient à se produire, que j'adoptais et que je cherchais à vulgariser. — A. V.

Tous les auteurs, dit-il (p. 16), s'accordent pour attribuer l'albuminurie qui se manifeste dans les maladies infectieuses, la pyohémie, la pourriture d'hôpital, les fièvres puerpérales et typhoïdes, le typhus, la diphthérie, etc., à la congestion des reins et à l'altération du sang. Pourquoi ne pas admettre la même explication pour l'érysipèle, qui est aussi une maladie infectieuse[1].

Cette théorie n'est pas exclusive. Il est vraisemblable que les altérations du sang signalées par les physiologistes dans la suppression des fonctions de la peau doivent entrer en ligne de compte; mais la cause septique est certainement la plus importante. Nous pensons donc que la théorie exanthématique desquamative doit être rejetée, que la théorie physiologique doit être reléguée au second plan, et que le vrai rôle appartient à la théorie septicémique.

M. Revouy cherche ensuite quelle est la nature des lésions rénales dans l'albuminurie érysipélateuse; par quel mécanisme se produit cette albuminurie, et comment l'altération du sang peut la déterminer. Avec Gubler et M. Lecorché, il pense que, comme dans tous les cas d'albuminurie, le rein est altéré et que l'altération consiste dans une hyperhémie et une dégénérescence épithéliale. Contrairement à ce qui a lieu dans le mal chronique de Bright, l'albuminurie érysipélateuse guérit le plus souvent; c'est une néphrite aiguë transitoire, mais dans les cas légers seulement[2], car les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi simple.

Les chances de guérison sont subordonnées à l'état général du malade qui, ici comme toujours, prime toutes les autres conditions.

A la suite de cette albuminurie passagère, terminée par la guérison, le rein conserve une susceptibilité spéciale qui l'expose aux récidives; il devient l'organe *minoris resistentiæ*, toujours prêt à s'altérer sous la moindre influence. Or, qu'un second érysipèle survienne dans ces conditions, nul doute que la complication rénale ait plus de facilité pour réapparaître et présente plus de gravité, plus de tendance à passer à l'état chronique. On peut en tirer cette conclusion, qu'un érysipèle qui se répète est plus grave, toutes choses égales d'ailleurs, que celui qui apparaît pour la première fois.

La lésion rénale causée par l'érysipèle peut d'ailleurs passer d'emblée à l'état chronique; les auteurs n'ont cru à la rareté de

1. On trouvera les opinions de M. Bouchard sur les néphrites infectieuses dans les *Trans. du Congrès médical internat.* de Londres, t. I, p. 346, 1881, et dans les thèses de ses élèves Dupeyrat, 1881, et Blechmann, 1883.

2. M. Blechmann pense qu'alors la guérison est complète; c'est la *restitutio ad integrum* (p. 73 de sa thèse).

cette terminaison que parce qu'on n'a pas examiné assez souvent les urines à la suite des érysipèles, et que, dans les antécédents des malades atteints de néphrite chronique, avec ou sans albuminurie, avec anasarque, etc., on n'a pas recherché davantage l'érysipèle, puisqu'on ne connaissait guère l'influence pathogénique de cette affection sur le mal de Bright.

La néphrite érysipélateuse est rarement assez grave d'emblée pour arriver jusqu'à l'urémie ; M Revouy en publie un cas, recueilli dans le service de M. Laveran, au Val-de-Grâce.

Soldat atteint d'un érysipèle qui, parti de la face, envahit successivement le cou, le dos et le membre supérieur droit.

Du 24 mars au 3 avril, la température varia de 37°,7 à 40°,4; le 4, elle était à 36°,7; néanmoins l'érysipèle continua à progresser jusqu'au 8, où il s'arrêta et commença à pâlir. En même temps albuminurie, œdème des membres inférieurs qui, les jours suivants, gagne le tronc et les membres supérieurs. Le 12, hydrothorax, ascite, oligurie; le 14, dyspnée, coma; mort le 16.

A l'autopsie, broncho-pneumonie, un peu de liquide dans les plèvres, etc. Les reins sont hypertrophiés et présentent les altérations de la néphrite interstitielle et épithéliale.

Ce cas présente deux points remarquables : la mort survenant non par le fait de l'érysipèle, mais bien en raison de la complication rénale; et la coïncidence de l'abaissement de la température avec l'apparition des symptômes de la néphrite. Dans un autre cas, l'hypothermie s'est manifestée de la même manière.

D'autres fois, la lésion rénale est constituée par une dégénérescence graisseuse. M. Revouy mentionne les théories qui ont été émises pour expliquer la production de cette altération : néphrite ordinaire; stéatose analogue à celle qui survient dans l'empoisonnement par le phosphore, l'arsenic, les acides minéraux, ou résultant de l'élévation de température que détermine la septicémie — et se prononce pour la stéatose simple analogue à celle des empoisonnements; celle-ci est consécutive à un processus inflammatoire à marche rapide, à une néphrite qui s'est développée par irritation des reins sous l'influence d'un sang altéré.

La dégénérescence graisseuse des reins dans l'érysipèle peut se produire chez des malades auparavant bien portants; mais elle est beaucoup plus fréquente chez les alcooliques, où le terrain est tout préparé pour cette complication. Deux conditions favorisent alors l'altération rénale : l'érysipèle et l'alcoolisme.

L'albuminurie n'est pas constante dans l'érysipèle ; d'après Gubler, la fréquence et la gravité de cette complication vont en augmentant dans les catégories suivantes : érysipèle cataménial, strumeux, saisonnier (*a frigore*, bilieux), érysipèles infectieux, érysipèle de la fièvre typhoïde, de la fièvre pyogénique, épidémique chez les blessés et les femmes en couches. «Rare dans les deux premières espèces, dit-il, l'altération urinaire est souvent constatée dans la troisième, qui est aussi la plus commune, pourvu que la fièvre soit intense et la lésion dermique étendue. Enfin, sans parler de la complication érysipélateuse de la dothinentérie, l'albuminurie est à peu près constante dans l'érysipèle qui accompagne l'infection purulente[1]. »

On comprend sans peine, ajoute M. Revouy (p. 27), l'importance de ces considérations. Les auteurs qui ont regardé cette albuminurie comme un fait rare ont sans doute eu affaire à des érysipèles de la première espèce. Dans l'érysipèle qui se montre chez les blessés, et c'est surtout celui que nous avons en vue dans ce travail, la complication rénale fait plus souvent défaut. On peut dire, sans exagération, que huit fois sur dix, chez les sujets qui succombent à un érysipèle dans les salles de chirurgie, la mort doit être attribuée à l'inflammation du rein et à la dégénérescence graisseuse qui en est la suite, altération qui envahit simultanément d'autres viscères. Cette proportion est celle que M. Verneuil[2] a indiquée pour les cas de mort par pyohémie rapide ou par suppuration après un traumatisme comme après une altération osseuse chronique, où il a rencontré des lésions viscérales analogues.

Ces données permettent d'entrevoir toute la valeur que pourrait acquérir, au point de vue du pronostic, l'apparition de l'albuminurie qui est le symptôme, sinon constant, au moins fréquent de l'affection rénale. Il est probable que pour beaucoup d'érysipèles à terminaison fatale, la mort est le résultat de la complication rénale, qui passe inaperçue parce qu'elle est rarement cherchée.

M. Revouy donne ensuite l'indication d'un certain nombre de faits recueillis dans ses recherches. Malheureusement son inexpérience lui a fait commettre une confusion fâcheuse entre les cas d'érysipèle consécutif à des lésions rénales et ceux d'albuminurie érysipélateuse. Nous ne reproduirons donc pas ces indications.

1. Gubler, art. ALBUMINURIE in *Dict. encycl. des sciences médicales.*

2. *Bull. Soc. anat.*, 1869, p. 23. — Je faisais allusion, dans cette communication, aux altérations du foie, mais ce que je disais pour le foie pourrait s'appliquer également au rein. — A. V. 1885.

Dans la seconde partie de sa thèse, qui a trait à l'érysipèle considéré comme complication d'une affection rénale préexistante, M. Revouy démontre que l'éruption peut atteindre soit les régions envahies par l'hydropisie, soit une région quelconque sans œdème.

Abeille prétend qu'il n'existe pas un observateur qui n'ait vu parfois surgir un érysipèle sur les membres inférieurs tuméfiés des sujets atteints de maladie de Bright, et cependant, en consultant la plupart des auteurs, on serait tenté de croire que ce fait est rare. Becquerel aurait observé cet accident trois fois sur 129 casde néphrite, et Malmsten cinq fois sur 65, au total 8 érysipèles sur 194 cas d'inflammation rénale : cette proportion semble bien au-dessous de la moyenne. En effet, Bright cite 2 érysipèles sur 25 observations, proportion double de la précédente. Mais il employait la saignée et les auteurs précités ne mettaient pas ce moyen en usage. A l'époque où les émissions sanguines dans la néphrite et les mouchetures dans l'hydropisie étaient en honneur, les érysipèles étaient beaucoup plus fréquents. Une série de tristes expériences fit renoncer à cette pratique désastreuse qui favorisait la production d'érysipèles graves et contribuait en outre pour une large part à affaiblir le malade.

La plupart des auteurs et M. Charcot (*Cours d'anatomie pathologique*) ont signalé la production d'érysipèles dans la maladie de Bright. Traube raconte l'histoire d'un malade qui, à la suite d'une tuberculose, fut pris de dégénérescence amyloïde des reins. La mort fut la conséquence d'un érysipèle gangréneux parti d'incisions faites sur le pénis œdémateux et fortement infiltré. Par contre, M. Lecorché, dans son *Traité des maladies des reins*, dit que l'érysipèle apparaît exceptionnellement dans ces circonstances.

Le point de départ de l'érysipèle est ordinairement une solution de continuité, saignée, ventouses, sangsues, mouchetures, ou une excoriation spontanée du derme. S'il n'y a pas de plaie, l'érysipèle se localise le plus souvent aux membres inférieurs. Il se complique ordinairement de phénomènes généraux graves analogues à ceux de l'infection purulente ou de la septicémie. Il débute par des frissons, la fièvre devient rapidement intense, la langue se dessèche, et ces symptômes suffisent pour annoncer la manifestation prochaine d'un érysipèle. Un état ataxo-adynamique se produit, une diarrhée fétide survient, un délire tranquille s'empare du malade, dont l'état s'aggrave rapidement et qui meurt parfois dans le coma avec tous les signes d'une intoxication suraiguë. La durée moyenne de ces accidents est de quatre ou cinq jours.

Hoffmann avait remarqué la gravité de ces érysipèles secondaires; cependant la guérison n'est pas impossible, puisque Tardieu et ImbertaGoubeyre en ont cité des exemples. Mais le plus souvent l'érysipèle est phlegmoneux (Rayer) ou gangréneux (Malmsten, Frerichs, Becquerel, Traube, Charcot).

Quelle est la cause de cette complication? S'appuyant sur les observations et généralisant les faits, Rayer, qui avait remarqué la fréquence des inflammations du poumon, de la plèvre, du péricarde, du péritoine, des méninges, dans la néphrite, admettait que le développement de l'érysipèle était singulièrement favorisé par une disposition phlogistique spéciale. En faveur de cette opinion, il invoquait ce fait que l'érysipèle a plus de tendance à se montrer dans les anasarques rénales que dans les hydropisies cardiaques. Abeille, se basant sur des observations personnelles, crut pouvoir conclure que l'érysipèle se montre avec autant de fréquence et peut-être plus d'intensité dans les anasarques cardiaques que dans les hydropisies brightiques. Cependant les conditions sont les mêmes dans les deux cas, car les lésions du rein cardiaque sont celles de la néphrite interstitielle, l'anasarque est un épiphénomène commun à ces deux affections et l'érysipèle qui les complique survient par le même mécanisme et présente la même gravité. Il survient à la suite d'une plaie souvent inappréciable, mais dont on ne peut nier l'existence par cela seul qu'on ne peut la constater.

L'agent spécifique trouve des conditions favorables à son absorption. On sait que dans l'œdème les lymphatiques subissent une dilatation considérable. Si la moindre blessure survient, la voie est toute préparée pour l'absorption et le transport des matériaux septiques; les lymphatiques sont alors de véritables bouches absorbantes. En outre la peau est pour ainsi dire séparée des parties profondes par l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané; sa vitalité étant donc amoindrie elle résistera plus difficilement aux causes d'irritation. Qu'il vienne du milieu ambiant ou qu'il ait pris naissance immédiatement sur la solution de continuité, comme le veut Frerichs, qui attribue les accidents à la transformation en carbonate d'ammoniaque de l'urée contenue dans la sérosité de l'œdème, le principe septique envahit rapidement l'économie.

La malignité des érysipèles qui se montrent dans ces circonstances, comparée à la bénignité relative de l'érysipèle primitif, de celui de la face, par exemple, qui guérit d'ordinaire, provient de l'état anatomique de la peau et des reins, et du mauvais état général du malade.

M. Revouy donne l'indication de 17 cas d'érysipèle chez des sujets atteints d'anasarque brightique, la plupart suivis de mort, puis une observation de M. Laveran, dont voici le résumé :

Soldat atteint d'œdème de la face et des jambes depuis un mois : ascite légère, rien dans le thorax ni au cœur; urines rouges et très abondantes, pas de cylindres; cellules épithéliales; globules rouges.

Le 18 décembre 1869, gonflement du nez avec rougeur et fièvre. Érysipèle qui envahit successivement les paupières, le côté gauche de la face, puis l'oreille gauche, l'oreille droite et toute la joue; gonflement des ganglions sous-maxillaires, épistaxis, selles sanglantes, angine, otite suppurée double.

Le 27, délire, épanchement dans la plèvre gauche. Mort le 29.

A l'autopsie, pleuro-pneumonie à gauche; ascite, hypertrophie du cœur, du foie et de la rate; mélange de néphrite interstitielle et de néphrite parenchymateuse.

Il est très probable que le mal de gorge était dû à la propagation de l'érysipèle à la muqueuse de l'isthme du gosier, à travers les fosses nasales, d'où les épistaxis répétées, et que l'otite double est née aussi sous la même influence, l'érysipèle s'étant propagé à l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache. En tout cas, l'érysipèle a hâté la terminaison fatale.

Parmi les conditions citées plus haut comme prédisposant à l'érysipèle, M. Revouy pense que l'état de la peau n'exerce qu'une influence légère, tandis que l'état du sang favorise beaucoup l'apparition de l'exanthème. A l'appui de cette théorie, il invoque la fréquence de l'érysipèle chez les alcooliques, qui ont des lésions hépatiques et rénales et cependant n'ont pas la moindre trace d'œdème. La moindre blessure suffit pour provoquer le développement d'un érysipèle, qui a de la tendance à revêtir la forme hémorrhagique, à prendre une grande extension, et qui devient facilement gangréneux[1]. La plaie n'est que la cause occasionnelle, la véritable cause réside dans l'état antérieur des viscères et plus spécialement des reins, qui sont atteints de dégénérescence graisseuse. Dans certaines formes latentes, pour ainsi dire, du mal de Bright, sans anasarque, on a vu des érysipèles survenir avec des phénomènes graves et se terminer par la mort.

Dans la goutte, cette complication a été également remarquée; elle s'explique assez bien lorsqu'on songe que la goutte s'accompagne

1. Rose, cité par Berger, *Th. d'agrég. en chir.*, Paris, 1875, p. 136.

dans un grand nombre de cas de néphrite interstitielle, de rein goutteux (Garrod).

L'influence de l'altération rénale sur la manifestation de l'érysipèle n'est pas facile à expliquer. Tout au plus peut-on admettre soit une altération du sang que la chimie pathologique n'a pas encore précisée, soit des perversions fonctionnelles dont l'origine reste obscure et la gravité inexpliquée [1]. Mais dans ces affections rénales, l'érysipèle n'aura de grandes chances de se montrer que si le malade est atteint d'une blessure accidentelle ou est soumis à une opération.

Le diagnostic de ces lésions viscérales n'est pas toujours facile; il faut recourir aux antécédents, savoir si les malades ont eu des affections capables de produire l'altération rénale, en particulier s'ils sont alcooliques. Il est de la plus haute nécessité de ne jamais se décider à une opération chirurgicale, ni de se prononcer sur les suites d'une blessure, même légère, sans un examen préalable des urines. Un seul examen ne suffit pas, car souvent ces maladies sont latentes; ce n'est que lorsqu'on s'est assuré de l'intégrité des reins et du foie qu'on peut opérer, ou porter un pronostic favorable sur une blessure accidentelle. On ne devra jamais oublier que si le malade était atteint de quelque altération du côté des reins, un traumatisme pourrait être le point de départ d'un érysipèle grave dont la terminaison serait fatale.

D'autres accidents d'ailleurs peuvent se manifester : phlegmons, hémorrhagies, suppurations diffuses, gangrènes.

La lésion rénale qui était latente par une sorte d'accommodation lente de l'économie peut être démasquée par le traumatisme. D'après Magnus Huss, les alcooliques possèdent une telle disposition au mal de Bright qu'il suffit quelquefois d'une maladie accidentelle pour en amener le développement. Dans ces cas, une plaie peut venir aggraver l'état morbide préexistant et donner lieu à des manifestations aiguës qui ne se fussent pas déclarées sans cette cause occasionnelle.

M. Revouy se demande si l'on peut, avec des chances de succès, pratiquer une opération chez un malade atteint d'une altération organique des reins, s'il surviendra des accidents dans les cas où, pour des raisons de force majeure, on est obligé d'intervenir; et alors quelle sera leur nature; l'érysipèle figurera-t-il dans ces complications?

1. Verneuil, *Acad. de méd.*, 10 janvier 1871, et *Mémoires de chirurgie*, t. III, p. 286.

Le silence presque absolu des auteurs à cet égard ne lui permet pas de répondre d'une façon catégorique à ces questions. Il se contente de donner quelques indications assez vagues.

Autant que possible, il faut éviter les solutions de continuité chez les malades qui ont des affections des reins. M. Berger fait une exception pour la dégénérescence lardacée dans laquelle (Thèse citée, p. 157) une intervention rapide amènerait de bons résultats. Si une opération était indispensable, il serait préférable de s'adresser à l'écraseur linéaire ou à la cautérisation plutôt qu'à l'instrument tranchant. L'agent caustique doit varier suivant les cas; la pâte de Vienne est un moyen bien supérieur aux mouchetures, quand celles-ci sont indiquées, si l'œdème est trop considérable. Ces différents procédés donnent une solution de continuité qui ne se trouve plus dans des conditions aussi favorables à l'absorption des principes septiques que celle qu'on aurait pratiquée avec le bistouri. En même temps, par des moyens internes, il faut agir contre l'infiltration et soutenir les forces de l'organisme. Ces préceptes s'appliquent aussi bien aux lésions organiques des reins qui n'ont pas déterminé d'œdème. Dans ces conditions, l'érysipèle survient fréquemment, et des blessures qui seraient insignifiantes chez des personnes saines peuvent devenir mortelles à la suite de cette complication.

M. Revouy résume sa thèse dans les conclusions suivantes :

1° — L'érysipèle peut s'accompagner d'albuminurie. Celle-ci est toujours le symptôme d'une altération rénale.

2° — Cette complication s'explique par la nature septicémique de l'érysipèle.

3° — La lésion du rein peut être légère et de courte durée. Mais dans les cas même qui guérissent, l'organe affecté conserve une susceptibilité excessive qui l'expose à être envahi de nouveau par le même processus morbide si une nouvelle poussée érysipélateuse survient.

4° — Les récidives sont beaucoup plus graves que la première atteinte; elles occasionnent plus facilement une altération chronique.

5° — La complication rénale, dans l'érysipèle, peut prendre une forme aiguë grave qui détermine des accidents mortels.

6° — Dans d'autres cas, elle peut passer à l'état chronique et constituer la maladie de Bright. Un seul érysipèle suffit pour amener ce résultat.

7° — La gravité de l'érysipèle est en raison directe de celle de la lésion du rein.

8° — L'érysipèle est fréquent chez les sujets atteints d'altérations organiques des reins avec ou sans hydropisie. Sa gravité est excessive dans ces conditions. Il apparaît sous l'influence de la moindre solution de continuité.

9° — En général, on ne se décidera à une opération que lorsqu'on se sera bien assuré de l'intégrité des reins; s'ils sont altérés, toute intervention chirurgicale qui ne serait pas absolument indispensable devra être rejetée.

Pour M. Maldant, l'érysipèle peut apparaître dans la plupart des maladies des voies urinaires, notamment dans les rétrécissements de l'urèthre, l'hypertrophie de la prostate, le catarrhe de la vessie, la rétention d'urine, l'infiltration urineuse, etc. Les conditions qui semblent favoriser son apparition résident dans les altérations rénales qui accompagnent si fréquemment, à titre de complications, les maladies des organes génito-urinaires, ou dans les lésions plus ou moins profondes de la muqueuse uréthro-vésicale et des tissus sous-jacents, permettant l'absorption des éléments de l'urine ou des produits de sa décomposition.

C'est à ce double point de vue que M. Maldant se place pour étudier la pathogénie de l'érysipèle et pour en tirer des conclusions relatives au pronostic.

Il rappelle que lorsqu'une affection de l'urèthre ou de la vessie persiste pendant un certain temps, elle retentit presque fatalement sur les reins, dont la structure et les fonctions s'altèrent peu à peu; ainsi se trouve constituée une maladie secondaire (néphrite interstitielle, parenchymateuse, suppurative, dégénérescence amyloïde, etc.) dont la gravité égale ou surpasse même celle de l'affection primitive.

Les troubles de la fonction des reins, en laissant dans les humeurs des produits excrémentitiels, altèrent la composition du sang et placent le malade dans des conditions qui le rendent plus impressionnable aux causes morbides. C'est pourquoi les érysipèles sont si fréquents et si graves chez les alcooliques, dont les viscères, le foie et le rein notamment, sont presque toujours altérés.

L'élimination par la peau des éléments qui ne peuvent être expulsés par les reins malades constituerait encore, sinon la cause principale, du moins une cause prédisposante de l'érysipèle.

Lorsque celui-ci survient dans le cours d'une maladie des voies urinaires avec altérations rénales, il apparaît ordinairement à une période tardive de la maladie.

Son début est annoncé par des symptômes généraux graves : céphalalgie, frissons, élévation de la température, langue sèche et fuligineuse, quelquefois vomissements. Au moment de son apparition existent le plus souvent des symptômes qui témoignent d'un état général grave et d'une sorte d'empoisonnement chronique : vomissements, diarrhée, sueurs profuses, insomnie, délire, puis affaiblissement progressif de l'organisme. Dans la plupart des cas, le malade a déjà parcouru toute la série des accidents de l'empoisonnement urineux; l'érysipèle est la complication ultime.

Sa durée est en moyenne de quatre ou cinq jours, et la mort en est la terminaison la plus fréquente. Le plus souvent, l'inflammation occupe une grande étendue et ne se limite pas à la peau, mais envahit le tissu cellulaire sous-cutané pour donner naissance à un phlegmon érysipélateux ou même gangréneux.

Le pronostic de cet érysipèle secondaire est donc des plus graves, et si la mort n'en est pas la terminaison constante, elle en est au moins la plus fréquente.

Les observations suivantes sont données comme preuves.

Obs. I. — *Rétrécissement de l'urèthre. Uréthrotomie externe. Érysipèle. Mort.*

J. B..., quarante-deux ans. A dix-neuf ans, blennorhagie qui dure trois ans; douze ans après, troubles de la miction; douleurs de reins; hématurie. Deux ans plus tard, à la suite d'un cathétérisme infructueux, gonflement du périnée, puis abcès qui s'ouvre spontanément. Depuis, on n'a pu pénétrer dans la vessie. Entre dans le service de M. Guyon le 8 avril 1868.

Après plusieurs tentatives inutiles de cathétérisme, on fait l'uréthrotomie externe. Deux jours après, frissons, fièvre, orchite à droite. Au sixième jour, érysipèle sur le pubis et la racine de la cuisse gauche, s'étendant sur le ventre les jours suivants; mort huit jours après le début.

A l'autopsie, calcul de la vessie, cystite, abcès de la prostate, dilatation des uretères, pyélo-néphrite suppurée.

Obs. II. — *Luxation incomplète de la colonne vertébrale. Septicémie urineuse, érysipèle. Mort*[2].

X..., dix-huit ans; chute d'une poutre sur les reins. Luxation de

1. Malherbe, *Thèse de doct.* Paris 1871, p. 124, obs. 39.
2. Thaon, *Bull. Soc. anat.*, 1870, p. 225.

la douzième vertèbre dorsale. Paraplégie. Rétention d'urine. Entre dans le service de M. Trélat, 15 janvier 1870. Au troisième jour, incontinence, urine ammoniacale. Le dix-septième jour, exulcération au niveau de la vertèbre luxée; érysipèle qui envahit les fesses, les cuisses et le ventre; urines purulentes, puis sanglantes, vomissements bilieux, amaigrissement considérable. Mort cinquante-cinq jours après l'accident. A l'autopsie, cystite, urétérite, pyélo-néphrite parenchymateuse, les autres organes sont sains.

Obs. III. — *Calcul de la vessie. Lithotritie périnéale. Phlegmon gangréneux et érysipélateux des bourses. Mort* [1].

Homme vigoureux, vingt-six ans; accidents calculeux depuis douze ans; fièvre intermittente grave en 1866; abcès périnéphrétique en 1867; fistule qui se ferme au bout de deux mois et se rouvre en 1870. Entre dans le service de Gosselin le 5 mars 1872. Lithotritie périnéale le 23 mars par Dolbeau, après tentative infructueuse de lithotritie par Gosselin; phlegmon gangréneux et érysipélateux des bourses sans infiltration d'urine. Mort le 1er avril.

Autopsie : cystite chronique ancienne; fausse membrane remontant jusque dans le bassinet du rein gauche; substance rénale très altérée; à droite, pyélo-néphrite calculeuse ancienne, rein presque détruit et devenu le centre d'un vaste abcès qui communique avec la fistule.

Lorsque l'érysipèle survient comme complication d'une maladie des voies urinaires sans complications rénales secondaires, M. Maldant en cherche la cause dans les conditions qui favorisent la résorption de l'urine ou des produits de sa putréfaction, et dans la composition du liquide urinaire au moment de cette résorption.

Souvent les lésions rénales coexistent avec d'autres lésions de la muqueuse uréthro-vésicale et des tissus adjacents, de sorte qu'il est difficile de déterminer le rôle qui revient à chacune de ces causes dans la production de la complication. Quoi qu'il en soit, il existe une certaine analogie dans leur mode d'action, puisque toutes deux conduisent à l'altération du sang par des substances étrangères à sa composition normale. Mais on ne peut encore dire si les substances qui restent dans le sang et l'altèrent à la suite de l'insuffisance sécrétoire sont les mêmes que celles qui y passent par absorption.

1. Longuet, *Bull. Soc. anat.*, 1872, p. 199.

Les observations paraissent cependant démontrer que la résorption d'une urine normale ou décomposée peut être suivie de l'apparition d'un érysipèle qui diffère, au point de vue de sa marche et de sa terminaison, de celui qui se manifeste sous l'influence d'altérations rénales secondaires.

L'absorption de l'urine ou de ses éléments n'a pas lieu quand la muqueuse de l'appareil urinaire est saine, mais se fait très bien lorsque la couche épithéliale est détruite, ou que la muqueuse elle-même présente une solution de continuité. On sait, depuis les expériences de MM. Demarquay [1] et Gosselin [2], combien le pouvoir absorbant des plaies est considérable.

La décomposition de l'urine donnant lieu à des produits très variables, il est difficile d'attribuer à chaque élément absorbé le rôle qu'il joue dans la production des lésions très variables aussi, qui apparaissent dans le cours de la maladie primitive. Muron, dans sa thèse inaugurale (1872) est arrivé à cette conclusion que l'urine est plus dangereuse quand elle est riche en sels que lorsqu'elle est peu chargée de ces produits, et qu'une urine alcaline par décomposition est plus dangereuse qu'une urine acide. En 1874, MM. Gosselin et A. Robin ont étudié de même l'action du carbonate d'ammoniaque, produit de la décomposition de l'urée.

Mais si nous ne connaissons pas l'action isolée de chacune des substances qui pénètrent dans la circulation, nous savons du moins que leur présence dans le sang constitue un empoisonnement septique; que le poison septique est fourni en grande partie par l'urine normale ou décomposée et que, comme dans tout empoisonnement, la composition du sang est profondément altérée. En un mot, il y a septicémie urineuse. On ne sait guère, à la vérité, comment le sang altéré agit sur les tissus pour déterminer l'apparition de l'érysipèle; — pourquoi celui-ci se présente tantôt sous la forme d'une simple rougeur, tantôt sous celle d'un érysipèle franc ou d'un érysipèle phlegmoneux; — si cela est dû à une nocuité plus ou moins grande du poison, à l'état constitutionnel du sujet, ou bien à des conditions particulières de vitalité des tissus qui sont le siège de l'érysipèle; — pourquoi le poison septique qui voyage dans l'économie localise son action sur tel point plutôt que sur tel autre; — pourquoi cette action ne s'exerce que sur une étendue plus ou moins grande des téguments. Peut-être, à l'endroit où est

1. Demarquay, *De l'absorption par les plaies*, in *Bull. de l'Acad. de méd.*, octobre 1866, vol. XXXII. p. 148.

2. *Arch. gén. de méd.*, juin 1874, 6e Sér., T. 23, p. 530 et 682.

apparu l'érysipèle existait-il une plaie ou un lieu de moindre résistance. M. Maldant croit cependant que l'érysipèle peut apparaître sans solution de continuité préalable. Il tend à admettre même que l'érysipèle est, comme les dermites septicémiques, le résultat de l'action, jusqu'ici indéterminée sur les téguments, d'un poison d'une nature particulière.

Voici maintenant les différences qui, d'après M. Maldant, existeraient au point de vue de la symptomatologie et du pronostic, entre l'érysipèle urineux et l'érysipèle rénal.

Le premier apparaît le plus souvent à une période peu avancée de la maladie ; ainsi, dans trois observations, l'action du poison sur l'organisme s'était déjà manifestée depuis cinq ou six jours par des symptômes de septicémie urineuse : céphalalgie, fièvre, frissons, sueurs profuses, vomissements, diarrhée, etc., lorsqu'apparut l'érysipèle. C'est le contraire pour le second. En outre, la réaction générale qui annonce le premier est moins intense et n'a qu'une influence de courte durée et bien moins prononcée sur l'état local et général.

Il semble exister une relation assez étroite entre la gravité de l'érysipèle urinaire et la persistance de la cause qui lui a donné naissance, tout en tenant compte de la quantité d'urine absorbée, de son pouvoir toxique plus ou moins prononcé et de l'état général du sujet. Ici encore, le pronostic de l'érysipèle est en raison directe de l'état des reins, et lorsque les altérations de ces organes font défaut ou sont minimes, il perd une grande partie de sa gravité.

Comme M. Revouy, M. Maldant, se demande si l'on peut pratiquer une opération avec chances de succès sur un sujet atteint de maladie des voies urinaires avec ou sans altérations rénales et si l'érysipèle figure parmi les accidents consécutifs.

Il rapporte enfin quelques observations, dont deux (Obs. IV et V) ont déjà été publiées dans le présent volume (p. 124 et 126).

Voici les autres :

Obs. VI. — *Prostatite aiguë. Rétention d'urine. Phlegmon érysipélateux. Abcès scrotal.*

Le 24 juillet 1869 entre à la salle Saint-Louis, n° 22, hôpital Lariboisière, G., raffineur, atteint de rétention d'urine par excès de coït, il y a cinq ou six jours ; depuis, ventre ballonné, douleurs dans le bas-ventre et difficulté pour uriner. L'interne de garde le sonde sans rencontrer d'obstacle et retire une grande quantité d'urine.

Le 25, le ventre est toujours ballonné, le malade ne peut uriner,

la sonde est arrêtée au niveau de la prostate douloureuse et augmentée de volume. M. Verneuil diagnostique une prostatite aiguë déterminant une rétention d'urine ; d'ailleurs, par le canal de l'urèthre s'écoule un liquide filant qui n'est autre que du liquide prostatique — Lavement laudanisé, quinze sangsues au périnée; grand bain chaud. Soulagement notable, le malade urine seul en sortant du bain.

Le 26. L'amélioration continue, mais le 27, nouvelle difficulté à uriner dont triomphe un cataplasme.

Le 28. Diarrhée qui cède le 1er août au sous-nitrate de bismuth et au laudanum.

1er août. Le ténesme vésical reparaît ; on sonde le malade matin et soir; nuit assez agitée, peau chaude, appétit perdu.

Le même jour apparaît au niveau du tiers interne de la clavicule une tuméfaction diffuse et douloureuse ; la peau devient peu à peu rouge, chaude et tendue. On pourrait croire à un érysipèle, mais au bout de quelques jours, l'état du malade, les phénomènes fébriles, la rougeur et l'empâtement de la région claviculaire, font diagnostiquer une périostite de la clavicule. Espérant amener la résolution de ces phénomènes inflammatoires, on fait appliquer un badigeonnage de teinture d'iode, puis une série de vésicatoires volants. Pendant ces diverses tentatives, le malade éprouve, du côté des voies urinaires, des accidents variables, rappelant, à part l'intensité, ceux qu'il avait présentés déjà.

Le 6. M. Verneuil ouvre l'abcès claviculaire et constate que la clavicule est à nu, le périoste étant détruit par la suppuration.

La rétention d'urine continue, les bourses s'œdématient ; le 10 août, douleur au côté gauche du périnée. On y trouve une tumeur rouge, large et profonde, qui disparaît au bout de quelques jours.

A la rétention d'urine succède, vers le 15, une incontinence; l'urine est claire, sans trace d'albumine.

Le malade reprend des forces, mais le 24 août il est pris de douleurs dans le testicule droit; le scrotum est rouge, le testicule douloureux et plus volumineux ; cette induration ne siège cependant que dans les enveloppes. Deux jours après, M. Verneuil ouvre en ce point un abcès qui rappelle par son odeur certains abcès urineux. Le malade reprend de nouveau des forces et va terminer sa convalescence à Vincennes[1].

1. Nous conservons cette observation parce qu'elle est intéressante, mais nous reconnaissons qu'elle ne rentre pas exactement dans le sujet. Il s'agit en effet d'une périostite infectieuse, analogue aux arthrites de la même espèce que l'on observe dans le cours des malades graves des voies urinaires.

Obs. VII. — *Amputation du sein. Rétention d'urine, érysipèle.*

Baptiste (Pauline), cinquante-trois ans, entre à Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, service de M. Verneuil.

Il y a six ans, elle a été opérée d'une tumeur du sein. Depuis dix-huit mois, la lèvre externe de la cicatrice est ulcérée, et la malade se présente de nouveau à l'hôpital pour faire extirper cette récidive.

Le 28 octobre, M. Verneuil enlève les portions malades; la santé est bonne, la plaie marche assez bien, lorsque le 4 novembre la patiente est prise de rétention d'urine. Elle rapporte que le même accident s'est produit à la suite de la première opération et de chacune de ses couches (elle a eu trois enfants). On la sonde plusieurs fois par jour.

Le 8 novembre, l'état général paraît satisfaisant, mais on voit apparaître sur l'épaule droite une plaque érysipélateuse.

Le 9. L'érysipèle envahit le bras, la rétention d'urine persiste.

Le 11 et les jours suivants l'érysipèle poursuit son cours sur le bras.

Le 15. Après quelques douleurs assez vives dans le méat urinaire, la malade urine spontanément, mais des cuissons intenses reviennent à chaque miction. Cet état dure une huitaine de jours et se dissipe peu à peu. Le 1er décembre, l'épiderme du bras se desquame, la plaie du sein est en bonne voie.

La malade sort le 20 décembre.

Obs. VIII. — *Blennorrhagie ancienne. — Rétrécissement de l'urèthre. Fistules consécutives. Érysipèle des bourses. Mort*[1].

Le nommé P..., quarante-huit ans, contracte une blennorrhagie à l'âge de vingt-cinq ans. Traitement irrégulièrement suivi. Quatorze mois après, il voyait encore au méat une gouttelette de pus le matin. Au bout de trois ans, difficulté de la miction, le jet d'urine diminue, mais le malade ne s'en préoccupe pas. Il y a huit ans, apparition d'une tumeur urinaire sur le trajet du canal en arrière des bourses. L'infiltration urinaire gagne peu à peu, mais très lentement, sans s'étendre jamais aux cuisses et à l'abdomen.

A l'entrée à l'hôpital, les bourses ont le volume d'une tête d'adulte, La peau est très épaissie, comme éléphantiasique, mais sans traces d'inflammation.

A la partie antérieure du périnée, à la racine des bourses, fistule

1. Habran, *Bull. Soc. anat.*, 1867, p. 173.

ancienne par laquelle sort la plus grande partie de l'urine; le malade n'en rejette que quelques gouttes par le canal.

A la partie inférieure de la bourse droite, tumeur fluctuante qui bientôt devient rouge et douloureuse ; ponction, issue d'une grande quantité d'urine mélangée de pus. La plaie reste fistuleuse et l'urine s'écoule par les deux fistules. La seconde communique avec une poche qui ne se vide pas complètement par la pression.

Treize jours après, érysipèle des bourses qui gagne les cuisses, l'abdomen et emporte bientôt le malade.

Autopsie. Parois de la vessie hypertrophiées et à colonnes; la capacité en est augmentée. Au sommet de l'organe, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, abcès du volume d'une grosse noix, ne communiquant pas avec le péritoine et renfermant du pus de bonne nature.

Les deux lobes de la prostate ont doublé de volume, ils sont transformés en une poche fluctuante remplie de pus et ne communiquant pas avec l'urèthre.

La muqueuse uréthrale est inégale et couverte de cicatrices. Elle présente trois orifices dont les deux premiers conduisent dans la fistule postérieure, tandis que le troisième aboutit à une sorte de cloaque dans la partie supérieure de la bourse droite.

Reins sains, uretères un peu plus volumineux qu'à l'état normal, non dilatés.

Obs. IX. — *Rétrécissement de l'urèthre. Phlegmon urineux. — Érysipèle de la face.* (Observation communiquée par M. Verneuil).

Un homme de cinquante-quatre ans, employé au chemin de fer du Nord, est reçu à l'hôpital de Lariboisière, dans les derniers jours du mois de mai 1872, pour une affection des voies urinaires.

A l'entrée à l'hôpital, le périnée est fortement soulevé par une tumeur fluctuante, rouge, enflammée, qui s'étend de l'anus aux bourses ; fièvre, douleurs vives, insomnie, soif et inappétence. La tumeur s'ouvre spontanément dans la nuit; soulagement immédiat.

A la visite, je constate l'existence d'une poche à moitié vide dont la partie saillante présente plusieurs points sphacélés et un pertuis étroit donnant issue à un pus mal lié et de mauvaise odeur. La peau est décollée, amincie dans une grande étendue. Une large incision parallèle au raphé met à nu un foyer spacieux, anfractueux, tapissé de lambeaux mortifiés.

Injections détersives chlorurées, pansements avec la charpie

fine imbibée d'un liquide désinfectant; bains entiers; purgatifs légers, etc.

Je constate en même temps l'existence d'un rétrécissement uréthral étroit, siégeant à 0^m, 025 du méat, mais admettant toutefois une petite bougie. Je remets à une époque ultérieure la dilatation qui n'est point urgente, puisqu'il n'y a ni rétention ni tendance à l'infiltration d'urine.

Tout va pour le mieux; au bout de quelques jours la vaste plaie est détergée, les eschares se sont détachées, la fièvre a disparu, le malade boit, mange et dort. L'urine est un peu colorée; elle est rendue sans difficulté, ne passe pas par le périnée, et ne renferme ni pus, ni albumine. Le canal n'est sans doute pas perforé, et nous n'avons eu affaire qu'à un phlegmon péri-uréthral.

Un matin on m'annonce que la nuit a été très mauvaise : le malade a eu un frisson violent et prolongé, il a encore de la fièvre, et son corps est baigné d'une sueur abondante. Ses traits sont profondément altérés : œil cave, expression de stupeur, langue sèche, parole saccadée, voix à demi éteinte. La plaie est d'un rouge cuivré, les lambeaux cutanés flasques, la suppuration presque tarie. Du reste, aucune souffrance générale ni locale. Nulle trace d'érysipèle, d'angioleucite ni de phlegmon.

Avons-nous affaire à une pyohémie, à une septicémie, à un accès de fièvre uréthrale, je reste dans le doute entre ces trois hypothèses également plausibles. Je prescris le traitement suivant : émétocathartique dans l'après-midi, puis 60 centigr. de sulfate de quinine; localement, attouchement de la peau et de ses alentours avec la teinture d'iode.

Le lendemain, tous les accidents avaient cessé, la figure avait repris son aspect habituel, le frisson n'avait pas reparu; il restait un peu de chaleur à la peau et d'empâtement de la bouche. Bref, au bout de deux jours, il ne restait nulle trace de cet accès, dont la vraie nature restait inconnue.

Une dizaine de jours s'étaient passés sans encombre, lorsque revinrent des accidents fort analogues, mais cependant moins intenses. Je n'en trouvai pas davantage l'explication immédiate et je prescrivis le même traitement.

Il y eut une amélioration, mais non cessation absolue des symptômes, que nous pûmes cette fois expliquer par l'apparition d'un érysipèle bâtard, sans délimitation exacte, et qui s'étendait à la fesse du côté droit. J'insistai sur les purgatifs salins et sur le sulfate de quinine, et au bout de six à sept jours le malade revint à l'état

normal. L'érysipèle disparut d'une manière complète après avoir erré sur le siège et la partie attenante des cuisses et du dos.

Le malade commençait à se lever lorsque survint une nouvelle rechute. Le frisson excepté, elle débuta comme les autres par la fièvre, la céphalalgie, l'état saburral, etc. Je crus devoir revenir à la même médication, laquelle n'eut aucun succès; la nuit fut mauvaise, agitée, le malade eut des nausées et une tuméfaction de la face, débutant par le front et le cuir chevelu; pendant plusieurs jours, la vie parut très sérieusement en danger. L'exanthème gagna successivement toute la face et finit par s'éteindre dans le courant d'un septénaire environ. Les urines examinées à plusieurs reprises ne montrèrent jamais d'albumine, et la miction ne parut jamais plus régulière. La plaie périnéale elle-même ne prit pas trop mauvais aspect pendant toute la durée de cette dernière complication.

La convalescence fut un peu lente, mais elle marcha très régulièrement. Le malade sortit le 22 juillet pour aller se rétablir à Vincennes; il était amaigri, mais se sentait bien; la plaie était réduite aux dimensions d'une pièce de 1 franc, les urines limpides et pâles sans trace d'albumine.

En résumé, voici un malade atteint depuis un temps indéterminé de rétrécissement uréthral, qui ne déterminait dans la miction que des troubles médiocres datant d'un an à peine. Sans cause connue, sans violence directe, sans rétention, sans cathétérisme, il est pris d'un phlegmon périnéal sans communication avec l'urèthre, des accidents généraux graves accompagnent ce premier accident local. L'ouverture spontanée, puis le débridement et des pansements convenables font tomber la fièvre.

Sans cause connue encore, se manifeste un accès fébrile complet dont le tartre stibié et le sulfate de quinine font rapidement justice, sans qu'un diagnostic précis puisse être porté.

Le rétablissement est prompt, puis une nouvelle rechute survient sans raison appréciable et est suivie d'un retour à la santé. Mais cette fois une manifestation externe évidente, l'érysipèle, se développe autour de la plaie périnéale.

Enfin, nouvelle attaque plus alarmante encore que les autres et apparition d'un nouvel érysipèle sans connexion anatomique avec le siège du mal primitif, ayant les caractères extérieurs, les symptômes, la marche de l'érysipèle ordinaire de la face.

En présence de cette série de rechutes successives, se succédant à de si courts intervalles et affectant des formes si variées, il me paraît difficile de ne point reconnaître un état général dont la nature reste

indécise, il est vrai, mais dont l'admission est nécessaire. Je me contente de signaler cette diathèse, sans essayer de la dénommer.

Obs. X. — *Rétrécissement de l'urèthre. Fistule périnéale. Érysipèle. Mort*[1].

L..., quarante-deux, ans entre le 11 juillet 1871 à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Cusco.

Antécédents : Nombreuses blennorrhagies et, depuis quelques années, difficulté croissante pour uriner. Quatre mois avant son entrée, accidents graves qui se terminent par la formation d'une fistule périnéale.

A l'entrée à l'hôpital, on constate, au périnée, une fistule entourée de tissu induré par laquelle l'urine s'écoule dans les efforts de la miction ; c'est à peine s'il passe quelques gouttes par le méat. Dans l'intervalle des mictions, la fistule donne une assez grande quantité de pus. On parvient, au bout de quelques jours, à introduire une sonde dans la vessie et à faire la dilatation progressive. Malgré une sonde à demeure ; il s'écoule toujours, par la plaie scrotale et même par le méat, entre la sonde et le canal, un liquide purulent. L'appétit se perd, l'état général devient mauvais : tous les soirs, fièvre et sueurs.

L'orifice externe de la fistule s'étant fermé, on donne issue au pus. L'incision devient alors le point de départ d'un érysipèle, qui enlève le malade en quelques jours, le 27 septembre.

Autopsie. — Rétrécissement en avant de la portion membraneuse ; immédiatement en arrière, solution de continuité formant l'orifice interne de la fistule. La prostate est complètement détruite par la suppuration, qui s'est propagée au tissu cellulaire sous-péritonéal de la face postérieure de la vessie.

Obs. XI. — *Rétention d'urine. Érysipèle. Mort*[2].

Le 6 mai 1864, X..., soixante-huit ans, entre à l'hôpital Cochin pour une rétention d'urine.

Le 10. Premier frisson, avec claquement de dents.

Le 11. Nouvel accès de fièvre.

Le 12. Déglutition difficile, vives cuissons à la gorge. Erysipèle du pharynx.

Le 13 seulement, les ganglions sous-maxillaires sont douloureux

1. *Bull. Soc. anat.*, 1871, p. 226.
2. Thèse de Martin (H. C.), *De la contagion dans l'érysipèle*, Paris, 1865, p. 96.

et tuméfiés, puis surviennent des symptômes typhoïdes, avec épistaxis incoercible, et la mort le 20. La maladie avait duré dix jours. Le malade avait été couché dans un lit où était mort sept jours auparavant un individu atteint d'érysipèle[1].

Obs. XII. — *Infiltration d'urine. Érysipèle. Mort*[2].

X... était entré à l'hôpital avec une infiltration urineuse énorme, s'accompagnant déjà d'une gangrène étendue du périnée. Cependant, il ne paraissait pas très abattu, à cause de sa vigueur; presque pas de fièvre, pas de délire. Mais il est bientôt pris de diarrhée et s'affaiblit rapidement, même avant le début de l'érysipèle.

Dès que celui-ci survient, les symptômes généraux s'aggravent, X... vomit dans la nuit, rend une assez grande quantité de sang mélangée à son urine, et meurt. L'érysipèle avait duré huit jours.

Obs. XIII. — *Amputation du sein. Érysipèle. Gravelle.*
(Communiquée par M. Verneuil).

Gr... entre le 26 octobre à l'hôpital Lariboisière pour une tumeur cancéreuse de la mamelle.

Cette femme, d'apparence assez robuste, est prise, quelques jours après son entrée, de troubles gastriques avec élévation de la température et accélération du pouls. L'opération est ajournée; un ipéca fait justice de son indisposition. Ces troubles apparaissent une seconde fois avant l'opération. Enfin, le 6 novembre, la tumeur est enlevée. Les cinq ou six jours suivants, la malade va bien; puis constipation, purgatif. Le ventre reste ballonné; pas d'appétit; la plaie suppure peu. On la panse avec l'alcool et la liqueur de Labarraque.

Vers le 20 novembre, léger frisson pendant la nuit, les bords de la plaie sont plus rouges que d'habitude; des plaques érysipélateuses s'étendent jusqu'à l'épaule. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Eschare au sacrum.

Le 28 novembre, rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme deux fois par jour. L'érysipèle rétrograde et disparaît petit à petit.

La diarrhée, puis le délire augmentent, l'eschare s'élargit, malgré l'usage du matelas d'eau; mort le 17 décembre.

1. Ces faits de transmission ne sont point fréquents. Ils avaient été considérés autrefois par certains chirurgiens comme dus à une pure coïncidence, tandis que d'autres praticiens admettaient formellement dans leur service (hôpital St.-Louis) *le lit des érysipélateux*.

2. Thèse de Martin, Paris, 1865, p. 111.

Autopsie. — Rein droit : Capsule adhérente, substance corticale légèrement graisseuse, substance médullaire peu altérée, volume du rein un peu diminué. On trouve des dépôts amorphes dans les tubuli. Le bassinet, les calices, sont remplis de graviers gros comme des graines de tabac, de couleur jaunâtre; pas de pyélite.

Rein gauche : Moins altéré; cependant la capsule est légèrement adhérente, les graviers sont en nombre à peu près égal des deux côtés.

Conclusions :

1° L'érysipèle peut survenir à titre de complication dans le cours d'une maladie des voies urinaires. Les circonstances qui paraissent avoir une influence particulière sur son développement sont : *a.* l'existence d'altérations rénales si fréquentes dans le cours des maladies des voies urinaires; *b.* la résorption des éléments de l'urine ou des produits de sa décomposition.

2° La gravité de cet érysipèle est en raison directe de l'état des reins.

3° Si les altérations rénales font défaut, le pronostic est beaucoup moins sérieux.

Les opérations pratiquées sur les individus atteints d'une maladie de l'urèthre ou de la vessie, surtout si celle-ci s'accompagne d'une affection des reins, sont la source d'accidents variés et notamment de l'érysipèle, qui peut être rapidement mortel.

SUR LES ÉRYSIPÈLES A RÉPÉTITION

DE L'INFLUENCE DES ÉRYSIPÈLES ANTÉRIEURS SUR LES BLESSURES[1]

Quand une maladie a une origine douteuse, une pathogénie incertaine, il faut y revenir souvent et souvent l'étudier.

L'érysipèle est dans ce cas. Il a diminué dans nos hôpitaux; on ne voit plus les grandes épidémies d'autrefois, et l'endémie des services de chirurgie a perdu beaucoup de son intensité.

Ce résultat est dû en partie à la méthode antiseptique, mais, de l'aveu de son promoteur, Lister, et de ses partisans, elle a porté une atteinte plus rude à la septicémie et à l'infection purulente qu'à l'érysipèle. On observe encore ce dernier, favorisé il est vrai, par l'existence d'une maladie antérieure, enfin on en meurt encore.

La cause et la nature de cette affection sont encore discutées.

Nous commençons à savoir ce que nous avons à craindre quand nous opérons un cancéreux, un scrofuleux, un alcoolique, etc.; mais qu'avons-nous à redouter chez un individu qui a déjà eu des érysipèles?

C'est de cette question que je désire m'occuper aujourd'hui, en communiquant plusieurs observations dans lesquelles des opérations faites chez des sujets ayant eu antérieurement des érysipèles, ont présenté la même complication.

Obs. I. — Ma première observation remonte à plus de vingt ans. Il s'agissait d'un commerçant de quarante-cinq ans environ, grand et

1. *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 1er février 1882, t. VIII, p. 77.

robuste, jouissant en apparence d'une excellente santé, mais atteint en réalité de cet alcoolisme des classes aisées mal connu à l'époque, mais dont il est si facile aujourd'hui de reconnaître les caractères.

Cet homme avait été pris d'érysipèle spontané de la face pour lequel je lui avais donné des soins et qui avait assez facilement guéri. Toutefois, un des ganglions carotidiens était resté gros et sensible après la disparition de la dermatose. Mon client avait repris sa vie ordinaire sans soigner son adénopathie. Celle-ci progressa lentement et finit par donner naissance à un phlegmon circonscrit mais profond du cou, avec douleur, symptômes généraux, etc. J'ouvris l'abcès en temps opportun et au lieu convenable. Mais deux jours après, des bords de l'incision partit un érysipèle de la face accompagné de phénoménes graves dès le début, et de délire violent, lequel amena la mort avant la fin du premier septénaire.

Obs. II — *Ostéite tarso-métatarsienne; abcès multiples et érysipèle. Amputation tibio-tarsienne. Nouvel érysipèle. Hémorrhagie. — Mort*[1].

J'ai observé le second cas en 1866, chez une dame de soixante-huit ans, très grasse, emphysémateuse, qui s'était fracturé la jambe quatre ans auparavant. Deux ans après, érysipèle spontané de ce membre. Au bout de dix-huit mois, ostéo-arthrite du pied; abcès; trajet fistuleux, que j'agrandis pour livrer une plus large issue au pus; j'immobilise le pied, en exerçant en outre une compression méthodique avec les bandelettes de diachylon. Quelques jours après, second érysipèle que j'attribuai, faute de mieux, au contact du diachylon sur les plaies, et qui envahit toute la jambe, la cuisse, et jusqu'au thorax, avec accidents généraux graves; mais tout disparut en une quinzaine de jours. Après une amélioration passagère de l'état local, le mal progressa de nouveau et il fallut en venir au sacrifice du pied. Je n'opérai pas sans répugnance, car l'érysipèle était à peine éteint et je craignais l'apparition d'une nouvelle complication du même genre.

Désarticulation tibio-tarsienne; hémorrhagie veineuse assez abondante pendant l'opération, pas de réunion immédiate; on se contente de rapprocher les parties et de les affronter avec quatre bandelettes de diachylon. Pansement simple.

Le troisième jour, l'érysipèle était revenu et avait envahi toute la

1. Cette observation a été déjà publiée avec de longs détails dans le tome II de mes *Mémoires*, p. 703. J'ai cru devoir rappeler ici ce qui a trait à la récidive de l'érysipèle.

jambe et la cuisse. Le lendemain, hémorrhagie d'environ 200 grammes par une branche de la tibiale ; la malade tomba dans une sorte de stupeur et mourut la nuit suivante.

L'autopsie ne fut pas permise.

Obs. III. — *Érysipèle de la face. — Épithélioma ganglionnaire consécutif à un épithélioma labial; ablation; lymphangite des membres supérieur et inférieur droits; érysipèle phlegmoneux consécutif; nouvel érysipèle de la face; mort.*

M. T..., cinquante-deux ans, de haute taille, de structure athlétique et muni d'un notable embonpoint, jouit habituellement d'une excellente santé. Il habite la province où il exerce une profession qui exige une grande activité. Il vit bien, étant dans l'aisance, mais reste sobre et ne fait d'excès en aucun genre.

Il n'a jamais eu de rhumatisme franchement caractérisé ; il accuse seulement de temps à autre des douleurs vagues, d'ailleurs passagères, et qu'expliquent sans peine les nuits passées en chemin de fer et l'exposition continuelle aux intempéries des saisons.

Son père est un beau vieillard de quatre-vingt-deux ans, alerte et robuste, atteint d'un adénome sudoripare de l'aile du nez datant de plusieurs années et qui marche très lentement. Son fils unique, âgé de vingt-six ans, qui lui ressemble physiquement d'une manière frappante, a été atteint, il y a quatre ans, d'une arthrite du genou qui a mis plus d'un an à guérir, mais qui n'a point laissé de trace.

M. T... vint me consulter en mars 1881 pour une petite tumeur dont l'apparition remontait à trois mois environ ; assez profondément située et comme perdue dans le tissu adipeux de la région sus-hyoïdienne; du volume d'une grosse aveline, elle est dure, indolente, accolée au bord inférieur et à la face profonde de la mâchoire, à laquelle elle semble adhérer. La peau qui la recouvre n'a pas changé de couleur, mais semble un peu moins mobile.

Cette tumeur présente tous les caractères d'une adénopathie épithéliale secondaire, dont je cherche très attentivement le point de départ dans tout le territoire lymphatique des ganglions sous-maxillaires. Je ne découvre rien et j'abandonne à regret mon diagnostic. Je prescris l'onguent napolitain en frictions, puis l'emplâtre de Vigo, et à l'intérieur une petite dose quotidienne d'iodure de potassium, croyant à la possibilité d'une adénite simple, peut-être en voie de suppuration.

M T... revient au bout d'un mois. La tumeur s'est sensiblement accrue. La peau est devenue plus adhérente et il semble que le doigt

perçoit un peu de rénitence; du reste point d'œdème ni de sensibilité au toucher. Voyant toujours là les caractères de l'épithélioma ganglionnaire, je recommence à inspecter la bouche, la langue, les gencives, etc. Je saisis en particulier le bord de la lèvre inférieure entre mes doigts pour en apprécier la consistance. C'est alors que le patient me dit s'être souvenu, depuis sa dernière visite, qu'il avait eu quatre ans auparavant sur le bord libre de cette lèvre, et du côté correspondant à la tumeur, une petite verrue qui avait été attaquée et détruite par M. Cusco à l'aide d'un caustique. La guérison ayant été complète en très peu de jours, le malade n'avait pas pensé que ce détail pût avoir le moindre rapport avec son mal actuel, et c'est mon insistance qui seule avait provoqué ses souvenirs.

Suffisamment éclairé par ces renseignements, et voyant là un nouvel exemple de ces adénopathies épithéliales tardives si incompréhensibles mais malheureusement si communes, je déclarai à M. T... qu'il n'y avait rien à espérer des médicaments et qu'il fallait sans retard procéder à l'ablation de la tumeur. Après quelques hésitations, la proposition fut acceptée, et il fut convenu que j'irais faire l'opération dans le pays même où habitait le patient.

Je prescrivis toutefois, comme j'en ai l'habitude, un régime d'une semaine environ, pendant laquelle on prendrait deux bains, deux purgatifs salins, un régime léger. Avec l'embonpoint du malade, et bien qu'il n'y eût aucun signe rationnel de diabète, je demandai une analyse soignée des urines, et non seulement la recherche du sucre et de l'albumine, mais encore le dosage de l'urée et des acides urique et phosphorique.

L'analyse faite par les soins du médecin ordinaire me fut renvoyée quelques jours plus tard; elle était négative sur tous les points; à peine y avait-il un léger excès d'urates, ce à quoi je m'attendais, eu égard à la constitution du sujet. Nulle contre-indication ne se présentant, je me rendis à V. S. le 25 décembre par une journée magnifique; la température était douce et le soleil radieux.

Je crois devoir donner ici quelques détails sur la localité, située en pleine campagne dans un petit hameau à mi-côte, à 2 kilomètres environ du bord de la Seine. L'habitation, au milieu d'une vaste ferme bien aérée et bien tenue, est très confortable. La chambre de l'opéré était sèche, saine, bien éclairée. On y maintenait une température moyenne de 16° mesurée au thermomètre. Donc les conditions mésologiques étaient irréprochables.

Du côté de l'opération rien ne laissa à désirer. Je fus assisté par deux confrères n'ayant en ce moment dans leur clientèle aucune

affection septique, ni érysipèle, ni fièvre de mauvaise nature. J'opérai un dimanche matin sans avoir été à l'hôpital, où d'ailleurs je n'avais ni septicémie, ni érysipèle, et avec des instruments qui sortaient de chez le coutelier. Par excès de précaution, ne comptant pas faire la réunion immédiate et devant employer le pansement antiseptique ouvert, je fis les incisions superficielles avec le thermocautère.

Cette accumulation de précautions avait sa raison d'être. J'avais en effet recueilli sur la santé des derniers temps des renseignements capables de m'inspirer quelque préoccupation et dont je devais tenir un compte sérieux.

M. T... jouissait d'une bonne santé et en présentait assurément toutes les apparences. Toutefois, ayant au mois de juillet précédent accompagné sa femme à Vichy, il avait, de son propre chef, commencé le traitement. A peine avait-il pris quelques bains, qu'une éruption prurigineuse assez intense s'était développée à la face interne de la cuisse droite, durant plusieurs jours, et ne cédant qu'à des applications émollientes. De retour chez lui, au mois de septembre, sans cause connue, avait éclaté un érysipèle de la face qui s'était prolongée pendant une dizaine de jours.

Évidemment, à défaut de maladie générale, de diathèse caractérisée, il avait pour le moins une grande susceptibilité de la peau, et devant opérer sur la face, j'avais à craindre précisément un retour d'érysipèle dans cette région.

Je m'étais demandé même s'il ne fallait pas différer l'opération pour mettre entre elle et l'érysipèle un laps de temps plus long encore ; mais j'avais peur, en ajournant l'ablation de la tumeur, de voir celle-ci s'accroître et de laisser ainsi les ganglions carotidiens, indemnes jusque-là, se prendre à leur tour. Bref, ayant pesé le pour et le contre, je me décidai à agir. Opérant sur un tégument sain, je n'employai pas le spray ; je circonscrivis, entre deux incisions semi-elliptiques, la portion de peau que je voulais réséquer à cause de ses adhérences à la tumeur ; j'isolai cette dernière du bord inférieur de la mâchoire, et, à cause de l'adhérence du néoplasme au périoste, je dus dénuder le bord inférieur de l'os dans la longueur de $0^{m},04$ sur $0^{m},015$ de largeur ; puis, en employant les précautions accoutumées, c'est-à-dire en liant deux fois la faciale après sa sortie et avant son entrée dans la glande sous-maxillaire, j'extirpai cette glande avec les ganglions qui l'avoisinent.

La tumeur principale siégeait dans la partie antérieure de ces ganglions, qui, par ses progrès, s'était rapprochée jusqu'à deux tra-

vers de doigt de la ligne médiane; mais bien m'en avait pris de faire largement l'ablation, car un autre ganglion, situé près de l'extrémité postérieure de la glande sous-maxiliaire, non loin de l'angle de la mâchoire, inaccessible au toucher à travers la peau, avait déjà un volume assez considérable et présentait à son centre un dépôt d'épithélium du volume d'un gros grain de chènevis.

L'opération s'était effectuée avec la plus grande simplicité, sans dégâts considérables, l'énucléation de la glande ayant été méthodique et régulièrement exécutée, et surtout sans aucune perte de sang. Le chloroforme avait été fort bien toléré et l'insensibilité s'était assez rapidement produite sans excitation marquée, ce qui attestait encore la sobriété du patient.

Je lavai soigneusement la plaie avec une solution phéniquée à 3/100; je reléguai les ligatures à l'angle postérieur; puis après avoir tapissé la surface saignante avec de petites pièces de mousseline, je remplis l'hiatus avec des boulettes de charpie imbibée d'eau phéniquée. Un carré d'ouate, un morceau de taffetas gommé, le tout maintenu par un mouchoir, complétèrent le pansement qu'on dut arroser d'eau phéniquée toutes les deux ou trois heures.

Je quittai l'opéré trois heures plus tard; il était bien réveillé et souffrait très modérément.

Depuis ce moment, je reçus du médecin ordinaire de M. T... plusieurs lettres me tenant au courant de la marche des choses. Les premiers jours se passèrent assez bien. Les douleurs étaient modérées, la fièvre presque nulle. Le quatrième jour l'opéré se plaignit d'avoir eu froid au bras droit et d'y ressentir une vive douleur. Un gonflement ne tarda pas à apparaître à la face interne et antérieure, le long de la gaine des vaisseaux. Des cataplasmes furent appliqués, mais l'inflammation faisant des progrès, les douleurs étant très violentes et s'accompagnant d'une fièvre vive, M. le Dr B... crut reconnaître un abcès, et fit le long du bord interne du biceps, où le gonflement et l'œdème étaient surtout prononcés, une incision de 5 cent. qui, bien que profondément conduite, ne laissa pas écouler de pus. Mon jeune confrère s'aperçut de son erreur et m'en fit part; ce qu'il avait pris pour un abcès n'était qu'une lymphangite non encore suppurée qui, les jours suivants, gagna tout le membre depuis les doigts jusqu'à l'aisselle où elle s'arrêta, prenant les caractères de l'érysipèle ordinaire. Les symptômes généraux répondaient à cette complication. Pouls à 110, température élevée, soif, inappétence, insomnie, agitation. Je conseillai les onctions avec l'onguent napolitain belladoné, les cataplasmes,

l'élévation du bras, les purgatifs salins et en même temps à l'intérieur l'extrait de quinquina et quelques aliments pour soutenir les forces.

L'état du bras resta stationnaire pendant quelques jours. Pendant ce temps la plaie du cou se comportait assez bien, la détersion s'était faite en temps voulu; les ligatures étaient successivement tombées; les bourgeons étaient pâles, un peu blafards; la suppuration rare, séreuse, et parfois légèrement teintée de sang. La réparation était évidemment languissante, mais, de ce côté, il n'y avait point de phlegmasie vive ni aucun accident. Les douleurs locales avaient complètement cessé.

Le 4 janvier, onzième jour de l'opération, sans cause connue, et alors que les souffrances du bras avaient sensiblement diminué, de vives douleurs surgirent à la partie antérieure de la jambe gauche. Bientôt on constata de la rougeur, du gonflement, en un mot tous les signes d'une inflammation en tout comparable à celle du bras. La fièvre redoubla, et avec elle les phénomènes saburraux. La langue devint sèche au centre, les dents fuligineuses; la prostration était grande, le sommeil nul ou agité de rêvasseries, l'appétit faisait absolument défaut. Le lait et l'eau de Vichy, qui avaient été prescrits à cause de dépôts d'urates assez abondants, provoquent du dégoût. Une diarrhée assez forte se déclare.

Je suis prié de me rendre à V. le dimanche 8 janvier, quatorzième jour après l'opération. Voici les diverses constatations que je pus faire.

Le bras droit est dans toute son étendue rouge et gonflé; en plusieurs points l'épiderme est soulevé et en partie détaché comme dans la brûlure au second degré; nulle part la peau ne paraît sphacélée, mais à l'avant-bras et sur le dos de la main on devine que des perforations spontanées vont se faire. La face antérieure et interne du bras présente une collection purulente qui s'étend du coude à l'aisselle. La fluctuation est moins évidente ou masquée par l'œdème à la face dorsale de l'avant-bras, mais il n'y a pas de doute sur l'existence d'un vaste phlegmon sous-cutané, phlegmon érysipélateux ou érysipèle phlegmoneux, comme on le voudra. Je pratique deux incisions de 5 à 6 cent., l'une au-dessus du pli du coude, le long du bord interne du biceps, l'autre à la partie supérieure de l'avant-bras, au niveau des radiaux. Une grande quantité de pus s'écoule; il est bien lié, mais l'on voit s'engager entre les lèvres de la plaie des flocons de tissu cellulaire sphacélé.

La partie antérieure de la jambe gauche présente un gonflement

étendu du genou au cou-de-pied, occupant à peu près la moitié de la circonférence du membre et paraissant avoir son siège et son point de départ au niveau de la gouttière inter-osseuse antérieure. Il y a rougeur de la peau, œdème considérable, douleur au toucher, et je crois sentir de la fluctuation profonde. Comme il s'agissait évidemment ici d'un phlegmon commençant, je pratique une ponction avec la pointe du bistouri jusqu'à plus de 2 cent. de profondeur; quelques gouttes de sang sortent mêlées de pus; j'introduis alors une sonde cannelée, et à son aide je pratique un débridement de 5 cent., parallèle à l'axe du membre; il s'échappe une quantité appréciable de pus; c'était donc bien un phlegmon profond en voie de développement.

Les plaies sont lavées avec l'eau phéniquée; l'onguent napolitain et les cataplasmes sont supprimés et remplacés par d'épaisses compresses de mousseline imbibées d'eau phéniquée à 2 p.100, enveloppant les membres affectés et renouvelées toutes les trois heures.

La plaie du cou est en bon état; elle s'est déjà notamment réduite et ne présente pas trace d'inflammation; elle est plutôt un peu atone et pâle. Le bord inférieur de la mâchoire est à nu dans l'étendue de plusieurs centimètres; le pus est d'assez bonne nature, inodore, peu abondant.

L'état général n'est pas aussi mauvais qu'on le pourrait craindre; la fièvre est assez forte, mais le pouls est plein et régulier; le ventre, gros, un peu distendu par des gaz, reste souple et indolent; pas de nausées; la langue est sale, mais humide, la respiration bien libre, l'intelligence tout à fait intacte. Le pronostic, quoique sérieux, ne me paraît pas trop grave. J'espère que les incisions amèneront du soulagement et mettront fin aux accidents. On fera tous ses efforts pour faire tolérer les aliments; le quinquina sera continué, avec quelques petits verres de vin vieux.

Je me fis donner des urines; elles ne présentaient rien d'anormal, si ce n'est la coloration brunâtre due à l'acide phénique. Les dépôts d'urates avaient disparu depuis quelques jours. Pour n'y plus revenir, je dirai que le lendemain j'en fis l'analyse avec mon interne en pharmacie et que nous ne trouvâmes ni albumine, ni sucre, ni urée, ni phosphates en excès.

Le 14 janvier, je reçus des nouvelles; le malade allait passablement.

Le lendemain de mon voyage, c'est-à-dire le 9 janvier, mon confrère avait dû pratiquer une nouvelle ouverture à l'avant-bras. Les jours suivants la peau, comme cela avait été prévu du reste, s'était

perforée en cinq ou six points sur le poignet et au dos de la main. Du pus s'était écoulé en abondance. La rougeur du bras avait disparu ainsi que la plus grande partie du gonflement; la douleur avait également cédé partout. L'incision unique pratiquée à la jambe semblait devoir suffire; là aussi le phlegmon paraissait arrêté.

Toutefois la fièvre n'avait pas cédé; elle avait même augmenté après les incisions, accompagnée de soif vive, de mal de gorge, qui avait fait craindre le retour d'un érysipèle de la face. Le 12 cependant le pouls était redescendu à 80 et la peau était fraîche, au moins dans la matinée; langue moins sèche; plaie du cou en bon état; suppuration assez abondante et de bonne nature. On couvre le bras et la jambe de cataplasmes de fécule de pomme de terre, largement arrosés d'eau phéniquée à 2 p. 100. La suppuration est louable et sans mauvaise odeur. Si ce n'était la faiblesse grande, disait en terminant mon confrère, l'état tendrait plutôt à s'améliorer.

Malheureusement trois jours plus tard je recevais de mauvaises nouvelles. L'érysipèle de la face, dont on avait redouté l'apparition la semaine précédente, était décidément survenu; il n'était pas parti de la plaie du cou, restée de belle apparence, mais il avait paru sur la joue, sortant manifestement de la narine et envahissant bientôt le nez et l'oreille. Ganglions carotidiens tuméfiés et douloureux au toucher; recrudescence de la fièvre, pouls à 104.

Une complication plus sérieuse encore se montra. Depuis plusieurs jours le malade toussait un peu; le symptôme augmenta et on découvrit à l'auscultation les signes d'une congestion pulmonaire généralisée assez intense. On prescrivit le kermès, la digitale et les révulsifs externes, puis, sur les parties envahies par l'érysipèle, l'onguent napolitain belladoné. On continua le vin et le bouillon.

Je fus prié de retourner à V. Je devais m'y rendre le lendemain, lorsqu'un télégramme m'apprit que M. T. avait succombé le 19, par le fait surtout de la complication pulmonaire.

J'aurais pu citer encore un quatrième fait, observé dans mon service et publié par un de mes bons élèves, M. Dave, malheureusement emporté à la fleur de l'âge par une pleurésie purulente. Voici quelques mots sur ce fait, qu'on retrouvera plus loin au chapitre du traitement.

Femme, cinquante-quatre ans, bonne constitution, santé parfaite, mais sujette aux érysipèles de la face, dont elle a été atteinte déja en 1841, 1847 et 1875. Entrée à la Pitié, pour un épithélioma du nez, elle fut opérée le 27 octobre avec le thermo-cautère. Suites très sim-

ples, aucun accident, lorsque le 13 novembre survient un érysipèle qui, parti des bords de la plaie, s'étendit à la presque totalité de la face du cuir chevelu, et guérit par le jaborandi.

Il est impossible de ne pas reconnaître que les malades présentaient dans les cas qui précèdent une réelle prédisposition.

Dans certains pays tropicaux, les érysipèles, les lymphangites se répètent souvent en laissant à leur suite l'éléphantiasis. En France, on observe quelquefois cette répétition des érysipèles; une de mes malades en eut soixante-dix-neuf[1]. Les exemples de femmes ayant eu six, huit, douze érysipèles de la face ne sont pas rares.

Quelles sont donc les chances du chirurgien quand il entreprend une opération chez des malades ayant déjà eu plusieurs érysipèles?

Quelles sont les conséquences de ces érysipèles? Laissent-ils à leur suite un état anatomique particulier des tissus? Le fait est admis pour les érysipèles de l'île Bourbon et du Brésil; mais chez nous l'érysipèle nouveau ne se montre pas toujours au niveau de la plaie, il peut apparaître à distance; on ne peut donc faire intervenir alors une prédisposition des tissus[2].

En tous cas, je serais inquiet si je devais faire une autoplastie de la face chez un malade ayant eu déjà plusieurs érysipèles de cette région.

Une courte discussion suivit cette lecture.

M. A. Desprès dit tout d'abord qu'il ne fallait pas se préoccuper des érysipèles antérieurs, parce qu'ils n'aggravaient pas le pronostic des opérations; mais il cita aussitôt une série de faits dont la moitié pour le moins démontraient exactement le contraire. En effet, sur quatre opérés, deux ayant eu des érysipèles antérieurs furent repris de la même complication et moururent. A la vérité, il périrent, paraît-il, d'épuisement et d'embolie pulmonaire, mais n'en succombèrent pas moins. Deux autres malades ayant eu un premier érysipèle lors d'une opération antérieure, furent réopérés sans atteinte nouvelle, ce qui ne prouve rien contre mon opinion, car je ne pré-

1. Voy. plus loin, p. 675, l'observation de madame H. M., qui n'en était alors qu'à sa soixante-dix-neuvième attaque.

2. A l'époque où j'écrivais cette note, on n'était point fixé sur la nature parasitaire de l'éléphantiasis et on assimilait à l'érysipèle les poussées successives de lymphangites qui précèdent l'hyperplasie des membres. Aujourd'hui, il faut distinguer au point de vue de la nature et de l'étiologie les diverses variétés de phlegmasies lymphatiques et décrire à part les lymphangites simple ou traumatique, gangréneuse, érysipélateuse, éléphantiasique, etc. C'est surtout la thérapeutique pathogénique qui profitera de ces distinctions.

tends nullement que tout sujet pris d'érysipèle traumatique sera nécessairement repris à propos de chaque blessure.

M. Desprès réédita son assertion que l'érysipèle n'est jamais grave et qu'on n'en meurt jamais. Nous discuterons cette opinion à propos du pronostic.

M. Marc Sée cita un fait négatif d'une femme qui, ayant eu un érysipèle à la suite d'une ablation de cancer du sein, fut opérée deux ans après pour récidive locale et cette fois n'eut pas d'érysipèle nouveau.

M. Gillette[1] rapporta sommairement le cas suivant. Un homme de 32 ans, opéré d'une tumeur de la joue droite, eut un érysipèle grave qui envahit la face et le cuir chevelu. Un an et demi après, le mal ayant récidivé, la tumeur fut enlevée de nouveau ; tout alla bien pendant trois jours, lorsqu'un érysipèle se développa à la face et à la nuque et provoqua un volumineux abcès dans cette dernière région ; néanmoins le malade guérit.

Je repris la parole pour faire remarquer que sur les six observations citées par mes collègues, trois confirmaient ma manière de voir.

Je me crus donc en droit de formuler cette proposition, qu'on a déjà trouvée plus haut (p. 632) dans la thèse de mon élève M. Révouy, à savoir : qu'un premier érysipèle est une prédisposition pour en avoir un second et que le pronostic devient plus grave à mesure que le nombre des attaques augmente[2].

1. *Bull.* et *Mém. de la Société de chirurgie*, 1882, p. 91.

2. Cette dernière assertion est discutable, et depuis que je l'ai émise, j'ai observé en nombre à peu près égal des faits qui la confirment et d'autres qui la renversent. C'est un point à revoir.

ESSAI SUR LA PATHOGÉNIE DES ÉRYSIPÈLES A RÉPÉTITION[1]

Dans le travail précédent, lu à la Société de chirurgie en février 1882, je me demandais si un premier érysipèle, traumatique ou non, créant une sorte de dyscrasie ou de diathèse, aurait tendance à reparaître en cas de blessure nouvelle.

Je ne pus résoudre la question à cette époque, mais j'y ai depuis souvent pensé, et cette année, grâce aux loisirs des vacances, j'ai pu rédiger la présente note sur les érysipèles à répétition.

Je poserai d'abord quelques jalons.

Les recherches modernes ont établi que l'érysipèle est de provenance extérieure, de nature parasitaire ou microbique, — que n'étant jamais spontané, son apparition implique toujours la préexistence de ses germes, — que ceux-ci ne pénètrent dans l'économie qu'à la faveur d'une solution de continuité traumatique ou pathologique — et qu'enfin, contrairement à ce qu'on observe dans d'autres toxémies : syphilis, variole, fièvre typhoïde, etc., une première infection ne garantit nullement contre des atteintes ultérieures.

Par malheur, en regard de ces notions suffisamment précises sur l'introduction, la propagation, la généralisation et l'action pathogène des germes érysipélateux, il faut enregistrer bien des points obscurs. C'est ainsi que nous ignorons à peu près complètement combien de temps les germes en question séjournent dans l'organisme; comment ils en sortent et par quelles voies; — si même une fois entrés dans la place ils l'abandonnent complètement — ou s'y installent pour un laps plus ou moins prolongé ou pour toujours; — et en ce cas, quelles régions du corps ils occupent; — dans quel état et sous quelle forme ils s'y trouvent; quel degré de tolérance ou d'intolérance montrent à leur égard nos tissus et nos organes; —

1. *Bull.* et *Mém. de la Soc. de chir.*, 4 octobre 1885, t. XI, p. 655.

comment ils se détruisent finalement; — quels agents cosmiques, hygiéniques ou thérapeutiques favorisent cette destruction, etc., tous points théoriques fort utiles à connaître et dont quelques-uns seraient particulièrement propres à expliquer le retour de la maladie.

D'autre part, la pathologie générale nous apprend qu'un sujet, lorsqu'il est atteint à plusieurs reprises d'une même affection spécifique, peut l'avoir reçue chaque fois du dehors, s'étant exposé itérativement à la contracter. Exemple : l'homme qui, à la suite de coïts impurs, prend à des intervalles variables une série de chancres simples, ou qui s'enrhume du cerveau chaque fois qu'il s'expose à un courant d'air;

Ou recélant en lui-même d'une manière latente, mais permanente, la cause réelle, congénitale ou acquise, de l'affection susdite, la voit éclater par suite de provocations occasionnelles. Exemple : l'arthritique qui, à tous les printemps, ou par suite d'un excès, prend un accès d'asthme ou de goutte; le paludique qui, à chaque fatigue, à chaque ébranlement morbide, voit renaître des accès tierces ou quotidiens; le syphilitique dont la peau ou les muqueuses se couvrent de papules, de plaques, de gommes, à propos d'irritations externes violentes ou prolongées.

Avec les données précédentes, nous pouvons aborder les difficultés du sujet; mais pour ne point nous égarer, nous emprunterons principalement nos arguments à la clinique, en invoquant d'abord les cas les plus simples.

Pour le premier érysipèle, la pathogénie est peu compliquée. Il s'agit en effet de découvrir la provenance des germes d'une part, et, de l'autre, la voie qui leur a livré passage : *la graine et le sillon*, si l'on veut une formule courte. Un blessé entre à l'hôpital où l'érysipèle est endémique; il est atteint de la maladie, rien n'est plus naturel, les microbes flottants dans l'atmosphère ou adhérents aux objets de pansement sont déposés sur la plaie, l'inoculation a lieu, et l'infection s'ensuit.

La contagion est parfois plus malaisée à saisir pour la variété dite médicale. Cependant, quand un individu est pris d'un érysipèle prétendu spontané du visage, on arrive d'ordinaire avec un peu de soin à retrouver dans les parties profondes ou cachées de la face ou du cuir chevelu l'exulcération ou l'écorchure initiale; puis on découvre que le malade a été en rapport direct ou indirect avec un autre érysipélateux. Au cas même où ce rapport semblerait difficile ou impossible à établir, on est en droit de l'admettre aujourd'hui,

d'après les lois qui régissent la genèse des maladies infectieuses leur développement spontané, y compris celui de l'érysipèle, n'étant plus acceptable.

Le premier érysipèle guérit sans laisser de traces. Au bout d'un temps qui varie de quelques semaines à plusieurs années, il se montre de nouveau.

Alors, on doit se demander : s'il existe une relation quelconque entre les deux attaques ; si la seconde, tout à fait indépendante de la première, s'est produite accidentellement par le mécanisme habituel de la contagion du dehors, ou bien si elle résulte d'une disposition de l'organisme devenu plus apte à contracter une fois encore une maladie qu'il a déjà acceptée, en un mot, d'une diathèse dans le sens littéral du mot.

Dans certains cas, il est bien évident que la diathèse n'a pas besoin d'être invoquée ; on a un second érysipèle comme on a eu le premier par l'effet du hasard. Parce qu'on se casse, en 1885, la jambe droite en tombant de voiture, après s'être cassé la jambe gauche, en 1884 en tombant de cheval, on n'invoque pas pour cela une disposition spéciale aux fractures.

De même, lorsqu'un individu réside plusieurs mois dans une salle où l'érysipèle n'est pas rare, qu'il porte une plaie ouverte et que, de temps à autre, cette plaie est le siège de micro-traumas, rien de plus naturel que la reproduction de l'érysipèle. J'ai fait publier jadis, par mon élève et ami Pozzi, un cas fort remarquable de ce genre. Un blessé d'une excellente constitution eut à la suite d'une fracture compliquée de la jambe trois érysipèles dans l'espace de quatre mois[1].

De même encore, un individu est opéré à l'hôpital, il y contracte un érysipèle traumatique, en guérit et quitte l'établissement. Il y revient quelques mois ou quelques années plus tard pour une blessure ou pour subir une nouvelle opération. Les germes érysipélateux existant dans les salles, contaminent encore une fois la plaie et font renaître la maladie. Ici, pas plus que dans le cas précédent, la diathèse n'a à intervenir.

C'était bien le cas pour une malade dont j'ai rapporté l'histoire dans ma communication à l'Académie, opérée une première fois d'un adénome sudoripare de la face, et prise d'érysipèle. Deux ans après, elle revint à l'hôpital pour une récidive ; on l'opère de nouveau, le pansement antiseptique est mal fait, le lendemain, un nouvel érysipèle se déclare.

1. Voir *Bull. de la Soc. anat.*, 1874, p. 775, et dans ce volume, p. 523.

L'explication commence à être moins aisée quand le patient n'est pas à l'hôpital, car, à chaque attaque nouvelle, il faut trouver une nouvelle source de contagion. Si le sujet réside dans une grande ville où l'érysipèle est endémique, on conçoit à la rigueur qu'il puisse être infecté par son médecin ou son chirurgien, ses parents ou ses voisins, et que, se trouvant en rapport médiat ou immédiat avec d'autres érysipélateux, il puisse contracter à plusieurs reprises la maladie. Mais cette pathogénie devient bien difficile à admettre en rase campagne, où l'on observe cependant l'érysipèle à répétition comme dans les grands centres.

Voici en particulier un cas qui m'a fait beaucoup réfléchir.

Obs. I. — *Eczéma chronique des oreilles et du cuir chevelu; érysipèle à nombreuses répétitions; en même temps, coliques hépatiques, diabète insipide et néphrite interstitielle. Traitement de l'affection hépatique et de l'eczéma. Guérison.*

Une sœur de charité de cinquante-deux ans, forte, robuste, herpétique, sujette aux coliques hépatiques et aux éruptions d'eczéma, me fut envoyée en janvier 1884, par mon ami, le Dr Pépin, d'Arpajon. En 1870, elle fut atteinte pour la première fois d'un érysipèle de la face consécutif à un eczéma des oreilles. Depuis cette époque jusqu'en 1879, l'eczéma s'est étendu partiellement au cuir chevelu.

De 1879 à 1883, il est survenu tous les ans trois ou quatre érysipèles offrant toujours les mêmes caractères. La rougeur, le gonflement et la douleur semblaient partir de la région occipitale, s'étendaient à la nuque et aux oreilles, mais ne gagnaient jamais la face, ni le reste du cuir chevelu. Les ganglions cervicaux se tuméfiaient et devenaient douloureux; le début était soudain, la réaction générale assez intense; l'affection durait quatre ou cinq jours et guérissait d'elle-même. La dernière attaque remontait au mois d'octobre 1883.

Pendant la même période, accès fréquents de coliques hépatiques violentes remplacées en 1883 par les manifestations d'un diabète insipide assez intense : Soif vive, urines abondantes, cessation des coliques hépatiques, perte d'appétit, amaigrissement rapide; la malade, qui avait pesé 196 livres, en a perdu 60. Le traitement tonique et alcalin ne donne pas d'amélioration.

Je reconnus moi-même une néphrite interstitielle et soupçonnai une stéatose commençante du foie.

Je ne pus avoir de renseignements étiologiques précis ni sur le premier érysipèle ni sur les autres, le mal semblant revenir sans

cause apparente. La patiente résidait dans une petite communauté bien tenue et dans un pays salubre, où d'ailleurs l'érysipèle spontané ou traumatique ne se montre que fort rarement, elle ne se rappelait pas avoir été en rapport direct avec des érysipélateux. L'infection par l'air d'ailleurs eût semblé bien difficile, car la région affectée était continuellement protégée par la coiffure réglementaire de l'ordre, recouvrant la tête et le cou tout entier et ne laissant que la face exposée.

Certes, l'occasion était belle pour admettre la diathèse, car la contagion était en quelque sorte inadmissible. Un supplément d'enquête me conduisit à une autre hypothèse.

Bien que depuis cinq mois il n'y ait eu aucune attaque, je voulus examiner le siège habituel du mal.

En conséquence, je fit ôter le voile, le capuchon et la coiffe; les cheveux étaient courts et assez épais; le cuir chevelu présentait de nombreuses pellicules, les oreilles, aplaties contre les tempes et les apophyses mastoïdes, offraient une peau intacte, mais lisse, amincie, luisante, attestant en quelque sorte les anciennes poussées d'eczéma. On aurait pu croire tout le tégument indemne, mais en écartant les pavillons auriculaires on découvrait, dans le sillon qui les sépare du temporal, une gerçure superficielle, linéaire, de dix-huit à vingt millimètres de longueur sur deux à peine de largeur, où l'épiderme faisait défaut, ou du moins présentait une extrême minceur. La malade ne savait pas avoir en ce moment une pareille lésion, et en tout cas n'y attachait aucune importance, n'en étant nullement incommodée.

La constatation précédente fut pour moi un trait de lumière. Tout portait à croire que les petites plaies temporo-auriculaires existaient en quelque sorte en permanence. Il suffisait donc, pour qu'elles s'inoculassent, que les germes érysipélateux y fussent déposés et pénétrassent ensuite dans les espaces conjonctifs ou lymphatiques. Mais ces germes pouvant difficilement venir du dehors pour les raisons que j'ai énumérées plus haut, on en venait naturellement à se

1. Quelques jours après mon examen, la malade fut prise de deux attaques violentes d'érysipèle. On mit alors à exécution le traitement que j'avais prescrit : 1° isolement des pavillons des oreilles, cheveux coupés très ras; 2° onctions légères avec une pommade au calomel; 3° à l'intérieur, boissons alcalines; enfin une saison aux eaux de Vichy, qui fut faite dans l'été de 1884 et renouvelée en 1885. Depuis, amélioration sensible : la polyurie a diminué; soif moins vive, appétit excellent et soutenu; reprise notable de l'embonpoint. L'eczéma chronique a presque disparu; cessation des érysipèles et des coliques hépatiques. (Note de M. le Dr Pépin.)

demander si entre les attaques successives ils ne survivaient pas, séjournant au voisinage, dans le cuir chevelu par exemple, et au milieu des pellicules qu'on trouvait là en très grand nombre.

En résumé, on pouvait ainsi reconstituer cette histoire : première invasion de l'erysipèle par un mécanisme inconnu; depuis, habitation continue du cuir chevelu par le microbe; de temps à autre, à la faveur des solutions de continuité cutanées créées par l'eczéma, le prurit et sans doute les micro-traumas occasionnés par les ongles, inoculations nonvelles et successives.

Si, partant de ce fait et acceptant l'interprétation précédente, on admet comme possible la permanence des germes érysipélateux sur un point de la surface du corps, on expliquera facilement un certain nombre de récidives par le simple fait d'une sorte d'auto-inoculation, sans faire intervenir ni contagion nouvelle venue du dehors, ni dyscrasie, ni diathèse.

Ainsi, dans la note publiée en 1882, se trouve l'observation d'un malade atteint d'abord d'un érysipèle de la face, à qui je dus plusieurs semaines après ouvrir un abcès ganglionnaire du cou, et qui à cette occasion fut pris d'un deuxième érysipèle parti de la plaie opératoire (Voir plus haut, p. 653). Je ne suis plus embarrassé comme autrefois pour expliquer cette seconde attaque. Il a suffi simplement que les germes du premier érysipèle, logés dans la barbe ou le cuir chevelu, aient survécu jusqu'à l'incision de l'adénite cervicale pour s'inoculer à ses bords et reproduire la maladie.

Au lieu de vivre sur des parties saines, les microbes susdits peuvent d'ailleurs, suivant toute probabilité, végéter sur les surfaces granuleuses et dans les sécrétions des plaies. C'est vraisemblablement ce qui est arrivé dans l'observation II du travail précité, p. 654.

Il s'agissait d'une dame de la ville, atteinte en 1864 d'un érysipèle sur une jambe fracturée en 1862. En 1865, ostéo-arthrite du pied correspondant; abcès, fistule. Je débride celle-ci, et aussitôt éclate un second érysipèle qui disparaît en 15 jours. Mais l'état local s'aggrave à ce point que je suis forcé de pratiquer la désarticulation du pied, laquelle est suivie trois jours après d'un nouvel et dernier érysipèle.

Si hardie que semble la supposition, je pense que les germes de l'érysipèle de 1864 sont restés sur la jambe jusqu'en 1865, et que, résidant à l'intérieur du trajet fistuleux formé à cette époque et débridé en 1866, ils se sont inoculés une première fois en 1865,

puis une seconde fois trois jours après la désarticulation du pied.

On pourrait rapprocher de cette observation la note suivante, que je lis dans un recueil étranger [1].

Obs. II. — *Erysipèle chez un syphilitique; abcès périmalléolaire suivi d'arthrite tibio-tarsienne. Résection. Second érysipèle dix mois après le premier.*

Syphilitique; reçu dans un service de médecine pour un érysipèle. Celui-ci disparut et il se forma à la malléole un abcès qui fut ouvert.

Le 25 mars, le malade passa en chirurgie avec une plaie septique, un gonflement considérable du cou-de-pied, une infiltration dans la gaine du tendon d'Achille.

Rupia au sternum; gomme suppurée de la clavicule droite; plaie à bords lardacés. Malgré des contre-ponctions répétées et une désinfection énergique, la plaie ne peut être jamais rendue aseptique. Traitement par les frictions. Iodure de potassium, qui n'est pas supporté. Grattage de l'os rugueux avec la cuiller tranchante. Comme on n'obtenait rien, on fit le 13 décembre la résection de l'articulation tibio-tarsienne. Tout alla bien d'abord, mais le 20, érysipèle à la cuisse; température élevée; collapsus profond. Mort le 8 janvier.

Les germes érysipélateux, dans ce cas, n'auraient point quitté le patient depuis la première atteinte du printemps jusqu'à l'attaque ultime du mois de décembre.

Il en a été vraisemblablement de même dans un cas que j'ai cité à l'Académie de médecine. (Voir plus haut, p. 467, obs. IV.)

Un homme atteint de cancer mélanique de l'anus, avait été pris en janvier 1880 d'érysipèle grave à la suite d'une opération palliative pratiquée à son domicile. Le 10 mars suivant il entre à la Pitié; le 14, j'enlève avec l'écraseur linéaire deux grosses végétations anales; quelques heures après se déclare un érysipèle soudain. Certainement la contagion pouvait venir de l'hôpital, mais il est au moins aussi rationnel de penser que le malade a apporté avec lui à son entrée en mars les germes persistants de l'érysipèle de janvier.

La permanence des microbes dans les plaies rendrait également bien compte des trois récidives à courte échéance notées précisément dans l'observation de M. Pozzi que je rappelais plus haut.

1. Lindpainter, *Ergebnisse der Lister'schen Wundbehandlung*, in *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1877, Bd VII, p. 203.

Certes, l'érysipèle étant alors épidémique dans les salles de la Pitié et la jambe présentant des trajets fistuleux, le malade a pu recevoir les germes pathologiques de ses voisins ou de l'atmosphère, par contagion hétérochtone; mais l'infection autochtone ou l'auto-inoculation est tout aussi soutenable si les surfaces granuleuses recélaient l'agent spécifique.

Dans le cas suivant, le blessé ayant eu successivement en province dix-sept érysipèles, fut pris à Paris une dix-huitième fois. Or, comme au moment de cette dernière attaque il occupait en ville un appartement très salubre, était dans des conditions hygiéniques excellentes et n'avait aucun rapport direct ou indirect avec d'autres érysipélateux, il est vraisemblable qu'il avait apporté ses germes de province et ne les a pas reçus à Paris même.

Obs. III. — *Coup de feu dans le pied; inflammation grave; nombreux abcès et fistules; issue d'esquilles et de grains de plomb; dix-sept érysipèles en quatre ans; eczéma chronique de la jambe. Dilatation et rugination des trajets. Nouvel érysipèle parti de l'eczéma.*

M. Ch..., cinquante ans, robuste, d'une bonne santé habituelle, mais grand viveur, reçut, le 14 janvier 1881, presque à bout portant, un coup de fusil dans le pied gauche. La charge, composée d'au moins 34 grains de plomb n° 1, traversa la guêtre, le soulier, et pénétra toute entière dans la région tarsienne après avoir brisé la malléole externe et ouvert l'articulation du cou-de-pied. On pratiqua quelques heures après l'extraction de nombreuses esquilles et d'une grande partie des grains de plomb; pansements phéniqués, drainage, injections, etc. Néanmoins il se développa dans les articulations du pied et le long des gaines tendineuses de la jambe une inflammation grave qui dura plus de quatre mois. Lorsqu'elle céda enfin, il restait quatre trajets fistuleux pénétrant profondément dans les parties molles ou dures; trois de ces trajets siégeaient au bord interne du pied, entre la malléole et la ligne tarso-métatarsienne, l'autre au niveau de l'extrémité de la malléole externe.

De temps en temps les fistules se fermaient, mais alors apparaissait un abcès déterminé par la rétention du pus; des cataplasmes amenaient la réouverture des fistules, l'issue du pus et la cessation des accidents.

Dans cette période de quatre ans, M. Ch... contracta, outre les abcès de rétention et sans relation ni coïncidence avec eux, dix-sept érysipèles; le premier eut lieu en juin 1881, les autres à époques irré-

gulières, et sans cause appréciable; quelques-uns ont paru manifestement succéder à l'impression du froid et à des émotions morales vives. Les premières attaques partirent bien nettement des plaies, puis des trajets fistuleux, mais au bout d'un certain temps elles laissèrent après elles une sorte d'eczéma de la partie inférieure de la jambe et des orteils, lésion qui, à son tour, devint, comme nous pûmes le constater nous-même la dernière fois, le point de départ des poussées d'érysipèle.

Chaque accès, débutant par le pied, envahissait toute la jambe, quelquefois la cuisse; une ou deux fois seulement l'autre membre inférieur fut également atteint, ainsi que le bassin. Dans les derniers accès, l'érysipèle débuta très visiblement par la face interne de la cuisse, s'accompagna d'adénite inguinale très marquée, et redescendit peu à peu vers le genou, la jambe et le pied.

Désireux de mettre fin à tous ces accidents, entretenus vraisemblablement par la persistance d'un corps étranger, plomb ou os, M. Ch... vint me consulter au mois de mai 1885.

Le pied, très déformé, présentait sur son bord interne deux trajets fistuleux dont l'un renfermait un drain de petit calibre. Les autres fistules étaient taries depuis un certain temps. Les articulations du pied étaient toutes ankylosées et les orteils immobiles; la peau, lisse, un peu violacée, était collée au squelette. A dix centimètres au-dessus du cou-de-pied, existait une plaque d'eczéma de cinq à six centimètres de diamètre; une autre plaque plus petite se trouvait près du talon, sur le tendon d'Achille.

En introduisant une sonde cannelée par les trajets, je sentis vers la partie moyenne du pied, un petit corps rugueux. Ce pouvait être un grain de plomb, ou un fragment de grain, car les autres cartouches, semblables à celle qui avait causé l'accident, renfermaient de 32 à 34 grains, et depuis l'accident, 33 grains entiers avaient été retirés à diverses reprises ou étaient sortis d'eux-mêmes au moment de l'ouverture des abcès. Quelle que fut la nature du corps étranger, je crus nécessaire d'agrandir les fistules, d'en extraire tout ce qui pouvait en causer la persistance, puis de drainer largement.

L'opération proposée fût acceptée et pratiquée le 30 mai 1885, en l'un des bons hôtels de Paris, dans une chambre donnant sur un square. Le malade était alors en très bon état, et le dernier érysipèle remontait au 25 décembre 1884.

L'examen des urines n'avait décelé la présence d'aucun élément anormal.

L'anesthésie par le chloroforme fut assez longue à obtenir.

J'agrandis avec un dilatateur spécial le trajet le plus important, situé au bord interne du pied, j'en ruginai les parois, et je ramenai une bouillie d'os mélangée de fragments de plomb. En prolongeant le trajet jusque vers le bord externe, dans le but de drainer le pied de part en part, je trouvai un grain de plomb entier, le trente quatrième. Je fis là une contre-ouverture et traversai le pied d'un bord à l'autre avec un gros drain de caoutchouc rouge de huit millimètres; des injections phéniquées avec la solution à 5 p. 100 furent faites jusqu'à cessation de l'écoulement sanguin, qui d'ailleurs avait été peu abondant.

Les suites furent très simples : jusqu'au 24 juin, il n'y eut pas de fièvre ; le pouls oscilla entre 70 et 78, la peau resta fraîche, le sommeil et l'appétit bons. Les urines présentèrent seulement un léger dépôt rosacique le quatrième jour; puis redevinrent normales. Les pansements, faits deux fois par jour jusqu'au 15, puis une seule fois dans les vingt-quatre heures, consistaient en injections phéniquées dans le drain, qui à deux reprises fut retiré et nettoyé dans la solution forte, et en applications de compresses de tarlatane phéniquées sur les orifices du trajet; le pied était ensuite enveloppé dans une feuille d'ouate maintenue avec des bandes de tarlatane imbibées de la solution phéniquée.

Vers le 15, les plaques d'eczéma, probablement un peu irritées par la solution phéniquée, rougirent légèrement; entre les orteils apparut un peu de suppuration. Par crainte de l'érysipèle, M. le Dr L.-H. Petit, chargé des soins consécutifs à l'opération, nettoya avec minutie les points menacés et fit ensuite des onctions avec la vaseline boriquée. Le gros drain fut remplacé le 17 juin par un plus petit, avec les mêmes précautions antiseptiques. L'une des fistules, restée sans drain, était fermée.

Le 23, je vis le malade et retirai le drain pour le nettoyer et pousser dans le trajet une injection, afin d'en chasser les poussières osseuses ou plombiques, s'il en existait encore. L'injection ressortit incolore, sans rien ramener, et en regardant le jour à travers le trajet, on pouvait voir une surface recouverte partout de bourgeons de bonne nature. Les plaies extérieures étaient très rétrécies et n'avaient plus que les dimensions du drain; mais la petite fistulette s'était rouverte depuis quelques jours. Le pansement fut appliqué comme d'habitude.

Je permis au malade de se lever un peu, mais de garder le pied étendu sur une chaise, ce qu'il fit ce jour-là. Le lendemain il fut moins prudent, et bien qu'il fît un peu froid, il se mit à la fenêtre

pendant environ cinq minutes, la jambe malade n'étant garantie que par un pantalon ouvert sur le côté et mal fermé par des cordons.

Le lendemain matin, 25, le malade était très agité; la nuit avait été mauvaise : les plaques d'eczéma, surtout celles du talon, étaient douloureuses. Tout le pied fut nettoyé avec soin et recouvert de pommade à l'acide borique. Mais le soir apparaissait à la face interne de la cuisse, comme aux dernières attaques, une plaque rouge et douloureuse qui ne laissait aucun doute sur sa nature.

Le 26 au matin, M. Petit constata cette rougeur, qui avait 15 centimètres de diamètre; une traînée rougeâtre, partant des deux plaques d'eczéma de la jambe, agrandies et douloureuses, remontait en traversant la plaque érysipélateuse de la cuisse, jusqu'aux ganglions inguinaux, tuméfiés et douloureux. Les orteils étaient gonflés, luisants et sensibles; toute la partie du pied recouverte par des compresses phéniquées, c'est-à-dire les orifices du trajet et leur voisinage, dans une zone d'environ huit à dix centimètres, étaient absolument intacts, sans rougeur, gonflement, ni douleur; — fièvre très forte, pouls à 120, grande agitation, langue saburrale.

Les jours suivants, malgré des applications de vaseline boriquée et les compresses phéniquées (le malade refusa les pulvérisations qui, disait-il, le refroidissaient) la plaque érysipélateuse, dure et à contours saillants et irréguliers, s'étendit peu à peu, fit le tour de la cuisse, puis descendit jusqu'au genou, envahit la jambe, et n'atteignit qu'en dernier lieu la limite du pansement, qu'elle ne dépassa jamais. Ce développement avait duré dix jours, et ce fut le quinzième jour seulement que la rougeur disparut tout à fait. Dès le troisième jour, les orteils n'étaient plus ni gonflés ni douloureux.

L'absorption de l'acide phénique par la peau enflammée avait été très grande, car pendant tout ce temps les urines gardèrent la couleur de décoction de feuilles de noyer.

La cicatrisation du trajet n'en fut nullement retardée, et quand le malade quitta Paris le 27 juillet, il ne portait plus qu'un drain filiforme que je lui conseillai de garder encore quelque temps pour éviter la rétention du pus.

Depuis cette époque, M. Ch... porte toujours son fil de caoutchouc sans en être aucunement incommodé, tandis qu'avant l'opération il ne restait jamais plus de quinze jours sans inflammation des trajets fistuleux, rétention du pus et accidents fébriles; il n'a plus rien ressenti au pied depuis qu'il est rentré chez lui, il a pu reprendre son exercice favori : la chasse, et y passe deux ou trois heures de suite.

Malheureusement la prédisposition aux érysipèles n'a pas disparu.

Le 22 septembre dernier, M. Ch... a été atteint de son dix-neuvième sans qu'il en puisse connaître l'origine. La rougeur, comme dans les dernières attaques, a paru d'emblée à la face interne de la cuisse, est montée jusqu'à l'aine et descendue jusqu'au pied. Le tout s'est liquidé avec quatre jours de lit et dix jours de chambre.

L'observation suivante est plus curieuse encore; je la connais depuis peu de temps et me propose de la suivre. Il s'agit en effet d'une dame qui, depuis l'année 1861, a été atteinte cent quinze fois d'érysipèle. Voici le résumé de ce fait.

Obs. IV. — *Arthritisme. Cent quinze érysipèles de la face en vingt-cinq ans.*

Mme H. M..., soixante-huit ans, petite taille, bonne constitution, embonpoint notable, a été jadis atteinte de manifestations arthritiques : affections prurigineuses, hémorrhoïdes, douleurs névralgiques, fibrome utérin, etc.; elle s'était néanmoins bien portée jusqu'en 1861, lorsqu'à cette époque sa santé fut ébranlée par un concours de circonstances fâcheuses, au premier rang desquelles il convient de placer la suppression des règles, la disparition des hémorrhoïdes et la perte d'un fils tendrement aimé.

C'est deux mois après ce dernier événement que parut le premier érysipèle, sur lequel nous n'avons pas de renseignements, si ce n'est qu'il fut très intense, partit d'une oreille, gagna toute la face et le cuir chevelu, dura dix-huit jours et détermina la chute des cheveux, lesquels depuis ont repoussé intégralement.

Les autres attaques se sont renouvelées sans régularité, car Mme M... est restée tranquille huit mois de suite, puis une autre fois une année entière, au point de se croire délivrée, tandis que depuis la mort de son mari, survenue il y a deux années environ, treize accès se sont montrés; en revanche, l'affection se présente avec une uniformité remarquable : elle débute soudainement par du malaise avec fièvre, frisson, céphalalgie, inappétence. Les vomissements ne se sont montrés que deux ou trois fois. La lésion part invariablement d'une oreille : pavillon, conque ou région pré-auriculaire. La rougeur et le gonflement, dans ce dernier cas, prennent la forme et occupent le siège du favori chez l'homme, de là ils s'étendent aux parties voisines, tempe, nuque, face, cuir chevelu. Trois ou quatre fois, toute la tête a été envahie, mais les lésions parfois aussi se sont arrêtées à la ligne médiane du visage et même ont à peine dépassé les limites de la région péri-auriculaire. La même oreille peut être prise plusieurs fois de suite, puis vient le tour de l'autre; le côté gauche

semble avoir été plus souvent envahi. La durée des accès est variable ; le premier s'est prolongé près de trois semaines ; quelques-uns se sont terminés en trois jours, la moyenne est d'une semaine ; les derniers même tendraient à s'abréger.

Il n'y a jamais eu de complications locales, ni phlyctènes, ni abcès. La desquamation est presque insensible et la rougeur disparaît souvent très rapidement. En tout cas, la peau du visage n'a conservé aucune trace de ces poussées réitérées : elle est rose, fine, sans vascularisation permanente, sans acné, et on ne pourrait jamais croire qu'elle a été si fréquemment enflammée.

La terminaison s'effectue très ordinairement par une sueur profuse et surtout spontanée, car les préparations sudorifiques, administrées d'après cette indication naturelle, sont restées généralement sans effet.

La réaction générale est d'ordinaire assez faible, trois ou quatre fois seulement il y a eu fièvre vive et délire, mais le fils de la malade, ancien interne des hôpitaux, actuellement praticien très habile et très expert, et qui précisément a écrit sur l'érysipèle une thèse estimée, m'affirme que depuis bien longtemps le pronostic ne l'a jamais préoccupé : quelques attaques ont été suivies de bronchites assez vives, imputables à des refroidissements contractés à l'occasion des sueurs terminales.

Le traitement a beaucoup varié. Dans les premières années, on a essayé beaucoup de choses auxquelles on a renoncé depuis. Maintenant Mme M... prend le lit et la diète, laisse les choses suivre leur cours et ne s'en trouve pas plus mal.

L'étiologie, dans ce cas, reste fort obscure. La patiente, pour la première attaque, accuse une série de conditions qui évidemment, étant donnée la spécificité de l'érysipèle, n'ont pu que favoriser l'invasion sans engendrer la maladie. En tout cas, aucune blessure, ni aucune contagion du dehors ne peut être invoquée. Le froid et les émotions morales tristes surtout semblent avoir toujours joué un rôle prédominant dans le retour des accès.

Jamais personne dans l'entourage de Mme M... n'a été contagionné, bien qu'aucune précaution n'ait été prise [1].

1. A peine avais-je fait ma lecture à la Société de chirurgie, que Mme M... me télégraphiait qu'elle était prise de son cent-quinzième érysipèle ; je me transportai aussitôt auprès d'elle et pus prendre la cause en flagrant délit. Exactement comme chez la sœur de charité d'Arpajon, je trouvai, de chaque côté, dans la région auriculo-temporale, une gerçure linéaire beaucoup plus marquée à gauche, c'est-à-dire du côté d'où était parti le dernier érysipèle. Les

Essayons d'expliquer ce fait curieux : il est d'abord bien évident que si Mme M... a dû être contagionnée une première fois en 1861 par un érysipélateux du dehors, elle ne l'a pas été cent quatorze fois de suite par le même mécanisme; dès lors, l'idée d'une disposition individuelle, tout à fait particulière, s'impose en quelque sorte. Mais d'autre part, on ne comprend guère comme la diathèse ou la dyscrasie aurait sévi toujours sur la même région, ayant toujours le même point de départ et ne profitant jamais des occasions que pendant vingt-quatre ans les incidents de la vie, petites plaies, écorchures, dermatoses, auraient dû fournir en différentes régions du corps. —Comment, par exemple, aucun de ces cent quinze érysipèles du visage, réputés spontanés, n'est jamais parti de la gorge ou du nez, points d'origine si ordinaires de l'érysipèle facial.

L'insuffisance des interprétations tirées des doctrines classiques plaide singulièrement en faveur d'une cause locale permanente et prolongée, indépendante de la contagion hétérochtone. Admettons par exemple que, après le premier érysipèle de l'oreille, le microbe se soit installé dans le conduit auditif externe et que depuis il ne l'ait jamais quitté; admettons que la malade, qui est herpétique et qui a eu souvent des attaques de prurit vulvaire, se soit de temps en temps gratté le tégument de la conque ou du conduit et on s'explique que l'inoculation ait eu lieu.

Je ne vois pas qu'on puisse nier *a priori* mon hypothèse, mais je pourrai sans doute la vérifier, car il est convenu qu'à la première attaque je serai mandé auprès de Mme M[1]...

Si on ne répugne pas à croire que le microbe érysipélateux peut non seulement s'acclimater sur les parties découvertes saines et sur les surfaces malades exposées, mais peut encore habiter indéfiniment certaines cavités naturelles profondes, la pathogénie jusqu'ici fort obscure de certains érysipèles à répétition devient fort claire. Supposons, par exemple, que les germes soient nasicoles, pharyngicoles ou auricoles, et nous comprenons d'abord comment les scrofuleux, avec les croûtes impétigineuses de la lèvre supérieure et des narines, sont si sujets aux érysipèles multiples, la moindre écorchure ouvrant la porte aux inoculations.

Nous expliquons tout aussi bien des attaques réitérées de la

ganglions mastoïdiens et sous-occipitaux étaient un peu tuméfiés et très douloureux; l'invasion cette fois encore avait manifestement été précédée d'une exposition assez prolongée au froid.

1. Voir la note précédente.

variété dite médicale survenant sans trauma antérieur, partant de l'arrière gorge ou des fosses nasales, précédées d'angine, de coryza, d'épistaxis, apparaissant soit à l'orifice nasal, soit au conduit auditif externe. L'herpès guttural, affection si commune, sert à créer la porte d'entrée en détruisant le rempart épidermique protecteur.

Il devient même possible avec cette hypothèse de comprendre les érysipèles périodiques survenant chez certaines femmes à chaque époque menstruelle. L'herpès, cette affection encore si paradoxale, revient à volontiers des époques fixes. J'ai vu en particulier une femme qui, chaque mois, en avait à la cuisse et au même endroit un petit groupe. Or, si cette disposition à l'herpès guttural existe chez un sujet dont le pharynx est habité par le microbe érysipélateux, on pourra voir apparaître tous les mois une attaque d'érysipèle.

Je prévois une objection : comment admettre, dira-t-on, que le microbe érysipélateux puisse rester en permanence ou pendant de longs mois à la surface d'une plaie ou dans la cavité naso-pharyngienne, quand, dans des plaques érysipélateuses elle-mêmes, il vit à peine trois ou quatre jours, comme l'atteste la difficulté qu'on éprouve à le trouver dès que la rougeur et le gonflement commencent à diminuer. La réponse est facile ; si l'on suppose que le microbe en question est aérobien, comme tout tend à le démontrer, il peut vivre indéfiniment à l'extérieur ou dans les cavités en communication libre avec l'atmosphère, tandis qu'il succombe vite dans les interstices organiques, les cavités vasculaires ou les muqueuses profondes.

Il reste un dernier point à examiner. Si le microbe érysipélateux est capable de séjourner indéfiniment sur le cuir chevelu, sur les surfaces suppurantes et granuleuses, sur les points de la peau envahis par les dermatoses impétigineuses, eczémateuses, psoriasiques, etc., sur les muqueuses nasale, pharyngienne, etc., peut-il vivre et s'acclimater dans le sang, dans la lymphe, dans les espaces conjonctifs et y être toléré? Peut-il, en un mot, être compris dans la faune ou la flore hominicole interne?

Si la chose était démontrée, l'existence de la dyscrasie érysipélateuse serait prouvée du même coup; alors les partisans de la spontanéité apparente ou réelle de l'érysipèle triompheraient, car le germe existant en permanence chez l'individu, les causes occasionnelles feraient reparaître la maladie sans qu'il soit nécessaire de découvrir une nouvelle source de contagion externe, comme la fièvre intermittente reparaît chez un ancien paludique sans qu'il se soit rendu à nouveau dans une contrée palustre.

Après mûr examen, aucun fait concluant n'autorise à admettre que les choses se passent ainsi. A coup sûr, le microbe érysipélateux pénètre dans l'économie, circule avec le sang et la lymphe, puisqu'on le trouve jusque dans les parenchymes glanduleux, le rein entre autres. A coup sûr encore, il envahit les espaces conjonctifs, s'y accumule, y prolifère et y séjourne pendant un certain temps, comme le démontre ce qu'on appelle l'*érysipèle redux*, c'est-à-dire l'envahissement réitéré par la rougeur, le gonflement et la douleur de régions abandonnées depuis plusieurs jours par ces phénomènes. Dans ces cas où la supposition d'une nouvelle contagion venue du dehors n'est pas admissible, tout porte à penser que les rechutes sont dues à ce que des microbes nouveaux, issus des anciens, repullulent dans les districts abandonnés par les premiers envahisseurs. Ces retours offensifs de la maladie se font d'ordinaire, à la vérité, à courte échéance (ce qui empêche de les confondre avec les vrais érysipèles à répétition) ; mais ils prouvent que les microbes peuvent vivre dans les alvéoles du tissu conjonctif, au moins de huit à quinze jours et même beaucoup plus dans le cas d'érysipèle ambulant.

Donc l'intoxication érysipélateuse et la dyscrasie temporaire existent; mais tout porte à croire que l'économie succombe sous les coups du parasite ou parvient à s'en débarrasser plus ou moins vite et complètement, mais qu'elle ne se prête pas à la colonisation intérieure permanente. La chose irait de soi s'il était établi que le microbe érysipélateux est aérobien, et qu'il lui faut de toute nécessité le contact de l'atmosphère; mais le fait est probable sans être démontré. En tout cas, on peut cependant se demander si, en certaines circonstances et chez certains sujets, le séjour dans les interstices anatomiques ou le système vasculaire lymphatique ou sanguin ne pourrait pas se prolonger et même s'éterniser.

Les seuls faits qui plaident en faveur de la dyscrasie érysipélateuse sont ceux dans lesquels un premier érysipèle spontané ou traumatique est suivi d'un second dont il est impossible de trouver l'origine extérieure. Tel serait le cas par exemple pour le malade des environs de Mantes dont j'ai rapporté très longuement l'histoire dans la note de 1882. On se rappelle qu'il sagissait d'un homme très robuste à qui j'enlevai une tumeur ganglionnaire du cou, un mois et demi après qu'il avait été atteint d'un érysipèle de la face, et qui, sans présenter du côté de la plaie cervicale aucune complication traumatique notable, succomba à des accidents phlegmoneux très intenses développés du côté du bras et de la jambe (Voy. p. 655).

J'avoue que je m'explique assez difficilement ce cas. En supposant

même que les germes de l'érysipèle facial du mois de septembre aient persisté en certaines régions superficielles et profondes chez le patient, je ne sais pas trop pourquoi ils ne se sont pas inoculés à la plaie du cou, si favorablement disposée ; pourquoi ils ont causé des phlegmons érysipélateux à la jambe et au bras ; pourquoi surtout ces phlegmons ont paru en quelque sorte de dedans en dehors sans plaie extérieure et sans qu'on puisse invoquer l'auto-inoculation ordinaire.

Faut-il croire que les germes érysipélateux de septembre persistaient dans le sang au moment où j'ai opéré en décembre? Que le traumatisme avec son pouvoir excitateur si évident et si puissant, a activé leur prolifération intra-vasculaire et qu'alors, sous l'influence de quelque cause restée inconnue, les microbes sortis du système vasculaire se sont extravasés dans le tissu conjonctif du bras et de la jambe pour y faire naître les deux manifestations phlegmoneuses?

Tout cela est possible, mais ne vaut-il pas mieux se contenter de poser modestement les questions que de s'acharner à les vouloir résoudre quand même. Si l'on voulait pousser trop loin les explications douteuses, on compromettrait plus qu'on ne servirait la pathogénie.

La colonisation possible de régions diverses du corps humain par le microbe érysipélateux ne sert pas seulement à expliquer les récidives de la maladie, objet principal de cette note; elle rend encore un compte satisfaisant d'une foule de particularités.

Avec la colonisation du cuir chevelu, on comprend la fréquence des érysipèles traumatiques à la suite des plaies de la tête, de la face et de la nuque, et avec la colonisation pharyngo-nasale, la même fréquence notée depuis si longtemps après les opérations de rhinoplastie et de blépharoplastie chez les scrofuleux atteints d'impétigo de la lèvre supérieure et de l'entrée des narines.

J'entrevois même la raison d'être des érysipèles si communs à la suite des abcès, fistules, gerçures et blessures de la mamelle. Le courant de l'air expiré conduit en effet directement les germes morbides sur la région thoracique antérieure, d'où les inoculations directes.

S'il était démontré que les microbes érysipélateux sont cultivables dans le tube digestif et peuvent le traverser sans peine, on se rendrait compte de la fréquence de l'érysipèle parti des plaies contaminées par les matières fécales : anus contre nature, anus artificiel, plaies de l'anus et opérations de fistules, plaies succédant à la chute des eschares de la région sacro-coccygienne, etc.

L'expérience et l'observation confirment chaque jour l'hypothèse du *parasitisme microbique latent*, c'est-à-dire de l'existence accidentelle, mais prolongée et indéfinie, en certaines régions du corps, de divers organismes inférieurs, ne révélant leur présence par aucun trouble bien manifeste, mais pouvant devenir pathogènes dans des conditions données.

Personne ne met en doute l'habitation normale du tube intestinal.

Les follicules pileux, les glandes sébacées ont leurs habitants.

La salive recélerait, d'après divers auteurs, un microbe susceptible de déterminer par son introduction dans le tissu conjonctif des accidents plus ou moins analogues à ceux de la septicémie [1].

Cornil et ses élèves viennent de décrire le microbe génital.

Récemment Chauveau, à Grenoble, affirmait que des animaux bien portants en apparence pouvaient contenir dans leur sang des microbes septiques.

Le microbe érysipélateux ne ferait donc que se mettre en série.

Certes, les citadins de Paris, de Londres, de Vienne, seront peut-être humiliés d'être ainsi assimilés à des jardins d'acclimatation, mais si la chose est telle, ils en devront prendre leur parti et se défendre comme ils le pourront [2].

Le jour où, à Rouen, faisant à la session de l'Association française une communication sur l'auto-inoculation traumatique, j'énonçais cette idée du parasitisme microbique, un des auditeurs se montra fort alarmé de cette révélation et de ses conséquences. Je lui répondis qu'un mal était surtout redoutable quand il était méconnu, ignoré ou caché, et que le jour où nous connaîtrions tous nos détestables locataires, nous saurions bien avec l'hygiène et la thérapeutique les expulser ou les tenir en respect.

On notera qu'en reléguant au second plan la dyscrasie et la diathèse érysipélateuses, je ne suis pas suspect, car en mainte occasion je fais jouer un rôle considérable aux dispositions constitutionnelles congénitales ou acquises. Mais en médecine, l'essentiel est de n'avoir aucun parti pris et d'abandonner ses idées de prédilection dès que les progrès de la science l'exigent. C'est ce que je fais bien volontiers aujourd'hui.

1. Sternberg, *The Amer. Journ. of the med. Sciences*, juillet 1885, p. 106. — Mattei et Bordonni, La septicémie salivaire chez les lapins (*Assoc. méd. italienne*, session de Pérouse, in *Semaine méd.*, 30 septembre 1885, p. 331). — Carpentier, Sur un cas de morsure humaine suivi de septicémie, in *Med. Record*, New-York, 2 mai 1885, p. 482.

2. Je ne fais qu'indiquer sommairement ici ces idées pleines d'avenir, espérant traiter bientôt le sujet avec plus d'ampleur.

Le propre des bonnes théories est d'expliquer les faits les plus contradictoires en apparence et de mettre d'accord les observateurs dont la compétence et l'instruction ne peuvent être suspectées.

L'érysipèle étant une maladie contagieuse, parasitaire, il faut à chaque attaque nouvelle ou à chaque récidive retrouver le parasite ou la contagion. Mais dans l'état actuel de la science, cet *a priori* indiscutable vient se heurter contre des difficultés, des invraisemblances, je dirai même des impossibilités, et quand nous voulons à tout prix admettre la contagion venue du dehors, les partisans de la spontanéité nous mettent au défi de la leur démontrer en rase campagne, dans un pays où depuis plusieurs mois, sinon plusieurs années, on n'a jamais vu d'érysipèle.

Puis les partisans de la diathèse nous embarrassent tout autant avec les cas d'érysipèle à répétition se montrant en province aussi bien qu'à la ville avec une fréquence et dans des conditions telles qu'il n'est pas possible, si grande qu'on fasse la part au hasard, de le faire intervenir.

J'ai déjà dit que la religieuse d'Arpajon avait eu ses attaques successives sans avoir été exposée à des contagions nouvelles. Je ne vois pas surtout comment on pourrait invoquer la contagion réitérée chez la dame aux cent quinze érysipèles de la face. On me rirait au nez si je voulais soutenir que, à chaque nouvelle atteinte, cette dame, qui habite un quartier salubre et qui ne touche pas de malades, qui a toujours été soignée par son fils, ancien interne des hôpitaux, a été contagionnée par ses voisins ou par son entourage.

M. Ch... avait à chaque instant, en province, un accès de lymphango-érysipèle. Sans être en rapport avec d'autres érysipélateux, à Paris, il fut pris d'un dernier accès, alors qu'il était soigné par M. le Dr Petit qui ne mettait pas les pieds à l'hôpital et par moi qui depuis bien des semaines n'avais pas approché le moindre érysipélateux. Comme avant son accident M. Ch... s'était toujours fort bien porté et n'avait jamais eu d'érysipèle médical ni traumatique, comme les attaques partaient toujours du membre affecté et y restaient confinées, la théorie de la diathèse préexistante et de la dyscrasie acquise ne saurait être défendue.

Avec la théorie de la permanence des germes érysipélateux, tous ces faits deviennent clairs. La religieuse les portait sur la tête, M. Ch... les conservait dans ses fistules, entre les orteils et sous les croûtes de son eczéma; Mme M... peut-être les éberge dans son conduit auditif externe.

La discussion qui précède intéresse plus qu'on pourrait le croire

la pratique elle-même. Sans doute elle n'apprendra pas grand'chose au médecin pour la guérison de l'érysipèle déclaré, mais elle pourra conduire à la prophylaxie, but si important des recherches étiologiques et pathogéniques modernes. Or, la prophylaxie dans le cas présent comprend les précautions à prendre contre la première attaque et contre les récidives.

Pour l'érysipèle pathologique, spontané, médical, nous n'avons pas grand'chose à faire par cette raison que nous ne savons pas quand il nous menace ni d'où il nous viendra. Cependant nous pourrions au moins en garantir les autres. Ainsi à l'hôpital, seul point où dans les villes nous avons quelque puissance, au lieu de renvoyer nos érysipélateux dans leurs foyers ou en convalescence le plus tôt possible et à moitié guéris, nous devrions les désinfecter, les purifier, les nettoyer, comme on désinfecte, nettoie et purifie un wagon ou un navire qu'on sait être contaminé.

Non seulement le linge, les vêtements seraient soumis aux pratiques appropriées, mais le corps serait baigné, frotté et débarrassé *a capite ad calcem* de tous les débris épidermiques. Les régions pileuses seraient surtout l'objet d'une attention spéciale; la barbe et les cheveux seraient sinon rasés, au moins coupés courts, et les téguments pilifères seraient lotionnés minutieusement et itérativement avec les solutions parasiticides.

Si l'érysipèle était parti des régions profondes, de la cavité naso-pharyngienne par exemple, on chercherait à modifier la muqueuse correspondante par des injections nasales ou par des inhalations capables de détruire les microbes et de modifier les sécrétions, sans altérer la structure et les propriétés de la membrane en question. La nécessité comprise, on trouverait bien des agents convenables.

Bref, il serait du devoir des médecins de ne remettre l'érysipélateux en circulation qu'avec une patente nette.

Pour la prévention de l'érysipèle opératoire, nous sommes mieux armés; si je voulais à tout prix mettre un de mes opérés à l'abri de cette complication, je l'installerais à la campagne dans une localité écartée et salubre; je l'opérerais avec des instruments neufs ou soigneusement nettoyés; j'emploierais les topiques à action microbicide avérée, j'exigerais de mes aides au moment de l'opération et pendant toute la durée du traitement l'observance rigoureuse de l'antisepsie, et tout porte à croire que les choses se passeraient sans accident.

Une de mes malades, opérée pour un cancroïde du nez, avait eu déjà deux attaques d'érysipèle opératoire. J'ai multiplié les pré-

cautions antiseptiques et la troisième opération n'a pas fait renaître une troisième fois la maladie[1].

Mais, revenant au sujet de la présente note, je suppose que le malade ait eu déjà un ou plusieurs érysipèles, et pour prendre un exemple frappant, j'imagine que la sœur de charité d'Arpajon vienne à réclamer une opération sur la face ou le sein; que faire pour empêcher la plaie opératoire d'être contaminée? Certes, il serait superflu, ou du moins insuffisant, de demander une localité plus salubre, de se servir d'instruments neufs, d'imposer au chirurgien et à ses aides la plus stricte antisepsie, car toutes ces précautions rigoureusement prises n'ont point empêché mon opéré de Mantes de succomber à un érysipèle phlegmoneux.

Pour la religieuse, le mieux serait certainement de purger soigneusement de toute tare pathologique la région cervico-temporale, mais pour montrer combien la prophylaxie est variée et demande d'attention, j'ajoute que pour le second malade la prudence aurait voulu peut-être que j'attendisse plus longtemps, jusqu'à l'époque encore mal déterminée où les microbes érysipélateux auraient pu périr complètement, c'est-à-dire disparaître absolument de l'appareil lymphatico-sanguin.

Je ne veux pas m'étendre indéfiniment sur ce sujet. Ce que j'en ai dit suffira, je l'espère, pour qu'à l'avenir il soit tenu compte, dans la pathogénie, la prophylaxie et la thérapeutique de l'érysipèle, non seulement des deux facteurs bien connus, l'agent infectieux et la plaie servant de porte d'entrée, mais aussi d'une troisième condition moins bien dégagée jusqu'ici, savoir l'habitation prolongée et latente de l'économie par le microbe spécifique.

Je désire en un mot qu'une place soit réservée aux érysipélateux dans la classe des sujets *auto-toxifères*.

Une courte discussion suivit cette communication, dans la séance du 21 octobre 1885.

M. Desprès renouvela ses déclarations de 1872, relatives à l'absence de contagion de l'érysipèle, en s'appuyant sur les incertitudes qui existent encore au sujet de la découverte des microbes érysipélateux et de leur mode d'action. Il rapporta en outre la statistique des malades de son service, pour démontrer que les érysipélateux venus du dehors n'avaient nullement contagionné ses opérés,

1. Il a déjà fait allusion à cette malade aux pages 224 et 569, n° 4.

bien que ceux-ci ne fussent point soumis aux pansements antiseptiques.

Quant aux érysipèles à répétition, ils dépendent d'une prédisposition individuelle, de la persistance et de l'irritation nouvelle des lésions d'où est partie la première attaque ; tout cela est connu depuis longtemps, et M. Desprès ajoute que les faits signalés par moi n'apprennent rien de nouveau.

Je répondis que dans mon travail je n'avais eu aucune prétention à une découverte quelconque, car je n'ai certes pas été le premier à parler des érysipèles à répétition.

Je n'ai pas songé davantage à toucher à la question de la contagiosité de l'érysipèle, car aujourd'hui elle ne se discute pas plus que la présence du fémur dans la cuisse : je me suis simplement occupé de la pathogénie de l'érysipèle à répétition, et j'ai déclaré qu'à mon avis il est bien difficile d'admettre qu'une malade ayant présenté cent quinze érysipèles ait été contagionnée cent quinze fois, et qu'alors, bien que partisan absolu de la doctrine de la contagion, j'ai été conduit à admettre l'*auto-inoculation*. — Un malade prend un érysipèle de quelque manière que ce soit; il porte dès lors sur lui un agent infectieux spécial, virus, germe, microbe, comme on voudra l'appeler, qui, s'inoculant sur les petites ou grandes plaies qu'il peut présenter dans la suite, est capable de reproduire l'érysipèle primitif.

M. Trélat, tout en reconnaissant que l'explication que je propose est rationnelle, ne l'admet cependant que comme une hypothèse ; il réserve son approbation entière pour le jour où on aura pu inoculer sur un sujet vivant le microbe cultivé et reproduire l'érysipèle. (Mon collègue avait oublié que cette inoculation a été faite avec succès depuis longtemps.) Jusqu'alors les recherches de laboratoire, bornées à la découverte du microbe, ne sont pas suffisantes pour soutenir l'hypothèse émise par moi pour expliquer la pathogénie de l'érysipèle à répétition.

Mon savant collègue cite en passant un fait intéressant pour la contagion de l'érysipèle. Un de ses opérés, guéri et bien portant depuis dix semaines, s'égara un jour dans les salles de M. Desprès, fut pris d'érysipèle et infecta bientôt deux autres malades.

Dans la séance du 4 novembre, M. le Dr Védrènes communiqua à la Société un fait important au point de vue de la répétition des érysipèles et de son traitement; c'est pourquoi je le reproduirai ici.

Érysipèle de la face. — Ostéo-périostite de l'épiphyse humérale supérieure; abcès de voisinage. — Attaques d'érysipèle survenant à la suite de l'incision et du drainage de ces abcès.

Un jeune soldat, entré au printemps de l'année 1879, pour un érysipèle de la face, dans une division de fiévreux de l'hôpital militaire de Vincennes, fut évacué dans le service des blessés, à l'occasion d'une vaste collection purulente sous-deltoïdienne gauche, ayant pour origine une ostéo-périostite de l'épiphyse humérale supérieure. L'érysipèle facial était alors dissipé depuis quelques jours.

Cette collection nécessita des incisions et des ponctions avec drainage, pour procurer une issue au pus et faciliter les lavages de la cavité pyogénique, avec l'eau phéniquée 1/50e.

Des fusées purulentes s'étant produites ultérieurement du côté des fosses sus-et sous-épineuses, des régions sus-et sous-claviculaires, et du bras, sans toutefois que l'articulation scapulo-humérale fût envahie, il fallut pratiquer de nouvelles ouvertures et de nouveaux drainages.

On le fit chaque fois sous le spray avec le pulvérisateur Richardson, le seul qui fût alors à notre disposition.

Malgré ces précautions et les pansements phéniqués, mais non listériens, l'hôpital n'en possédant pas, des poussées érysipélateuses se manisfestèrent à la suite de la plupart des incisions ou ponctions; il en eut une dizaine.

Cependant l'ouverture de deux foyers provenant d'une péroistite localisée au condyle externe du fémur, fut exempte de cette complication; sans doute à cause de l'éloignement de ces abcès de la région dans laquelle les microbes de l'érysipèle étaient pour ainsi dire cantonnés.

Ces suppurations persistantes, d'une part, la fièvre à répétition, l'insomnie et la perte de l'appétit à chaque rappel d'érysipèle, de l'autre, avaient beaucoup affaibli ce jeune homme, qui d'ailleurs était d'une complexion délicate. Son état devenait inquiétant.

Dans l'espoir que les germes morbides, rebelles au mode de pansement employé, pourraient être détruits par un autre moyen, je me décidai à soumettre ce malade à l'usage des bains de Barèges artificiels, de vingt minutes de durée, à raison de deux ou trois par semaine.

L'effet de cette médication fut des plus satisfaisants, tant pour la santé générale que pour l'état local. Il est bien entendu que la tête et les oreilles étaient soigneusement lavées à chaque bain.

Après trois semaines ou un mois de ce traitement, la disposition érysipélateuse se trouva enrayée au point que deux nouvelles

ouvertures d'abcès dans la région sous-épineuse ne furent pas suivies d'érysipèle, comme les précédentes. Les suppurations se tarirent peu à peu; l'appétit revint et la nutrition se fit chaque jour de mieux en mieux; si bien que, au bout d'un mois, ce jeune homme avait gagné en poids plus de 10 kilogrammes et se trouvait en pleine convalescence.

En suivant la pathogénie de cette série d'érysipèles, il me paraît difficile de ne pas y voir l'action persistante locale des germes générateurs de cette maladie, en dehors de toute diathèse générale, mais non peut-être sans prédisposition locale du terrain réceptif dont la nature est à déterminer. Car de même que pour d'autres affections contagieuses auxquelles certaines natures sont récalcitrantes, n'a pas d'érysipèle qui veut; et sa répétition pour ainsi dire indéfinie chez la même personne à l'occasion des moindres incidents, comme dans le cas de cette dame citée par M. Verneuil, qui en est à son cent quinzième érysipèle, reste un fait exceptionnel, que le maintien prolongé et la prolifération des germes dans une région quelconque n'explique pas à nos yeux d'une manière tout à fait satisfaisante.

Quoi qu'il en soit, le cas du malade dont je viens de rappeler, d'après mes souvenirs, la narration succincte, me paraît se prêter, sous la réserve que je viens d'exprimer, à l'explication de la genèse de l'érysipèle à répétition, conformément à la théorie de M. Verneuil.

Je dois signaler encore à propos de la question des érysipèles à répétition, une intéressante communication de M. le Dr Paul Demiéville, de Rolle (Suisse) *Sur une épidémie d'érysipèle et les érysipèles récidivants*. L'auteur signale parmi les causes des récidives, l'influence considérable qu'exerce la prédisposition acquise par les atteintes antérieures d'érysipèle. Sur une vingtaine de cas observés, neuf seulement étaient relatifs à des malades atteints pour la première fois; dans les onze autres il y avait eu déjà un ou plusieurs érysipèles.

M. Demiéville s'élève contre la tendance encore trop répandue à admettre que l'érysipèle succède en pareil cas à des causes banales : refroidissement, écart de régime, etc. Il les croit purement occasionnelles, la cause véritable étant une nouvelle entrée du virus érysipélateux par une porte qui souvent reste inaperçue

parce qu'elle est minime ou siège dans une région cachée, mais qui n'en existe pas moins.

L'auteur ne parle pas du séjour persistant des microbes érysipélateux sur les malades [1].

Rappelons enfin quelques faits cités dans les pages précédentes et relatifs aux érysipèles à répétition et à leur gravité.

On n'a pas oublié l'observation si intéressante de M. Pozzi, dans laquelle un malade affecté de plusieurs érysipèles successifs, finit par succomber avec une dégénérescence graisseuse du foie et des reins (Voy. plus haut, p. 523).

Un malade de M. Lardier, sujet aux érysipèles à la face, est atteint dans une petite épidémie locale; cette fois l'exanthème se généralise et entraîne la mort (Voy. p. 609, n° 31).

Une autre, prise la première dans cette épidémie de 1882, est atteinte de nouveau en 1885, et cette fois d'un violent érysipèle (Voy. p. 610, n° 41).

M. Chatain cite un cas d'érysipèle à répétition de la face de cause inconnue chez un jeune homme; mais on ne dit pas dans quel état se trouvaient la peau et les muqueuses de la face (Voy. p. 615, n° 1).

M. Ricochon en a signalé aussi trois cas (n° 1, p. 622; n° 4, p. 623) sans gravité particulière (n° 11, p. 624) : la seconde attaque fut très grave, mais peut-être y eût-il inoculation d'un virus cadavérique.

M. Revouy mentionne également cette gravité des érysipèles à répétition, qu'il attribue aux lésions rénales causées par les atteintes antérieures (Voy. p. 632).

1. *Revue médicale de la Suisse romande*, 15 juillet 1885, p. 403.

DE LA FORME HÉMORRHAGIQUE DE L'ÉRYSIPÈLE

Le 28 février 1885 entrait dans mon service à la Pitié une malade atteinte d'érysipèle du membre supérieur consécutif à une piqûre du doigt. Elle succombait le 5 avril. Dans le cours de la maladie, elle avait présenté comme symptôme spécial une éruption généralisée de purpura.

Ce phénomène, que je n'avais pas encore observé en pareil cas, attira mon attention, et M. Blaise, l'un des élèves qui suivaient ma clinique, m'ayant demandé un sujet de thèse, je lui confiai le soin de prendre l'observation de la malade susdite[1].

Naturellement, il chercha dans la littérature médicale, pour grossir son bagage, les faits ayant quelque ressemblance avec celui qu'il rapportait, et joignit à tout cela quelques considérations sur l'érysipèle en général.

Je ne reproduirai pas cette partie accessoire du travail de M. Blaise et rapporterai seulement l'observation originale avec les réflexions sommaires que je présentai à cette occasion dans une de mes cliniques. En effet, les autres cas ne sont pas très probants et ne suffiraient pas, jusqu'à nouvel ordre, pour introduire dans le cadre nosologique une forme particulière méritant la dénomination *d'érysipèle hémorrhagique* ou *pétéchial*.

Cette forme n'a d'ailleurs été complètement décrite jusqu'ici par aucun auteur. On en trouve seulement un tableau succinct dans le *Compendium de chirurgie*, où elle est désignée sous le nom d'érysipèle veineux[2] :

« L'érysipèle veineux, signalé par Sanson, n'est pas une maladie

1. Ch. Blaise, *De la forme hémorrhagique de l'érysipèle. Contribution à l'étude de l'érysipèle infectieux.* Th. de doct. 5 juin 1885, n° 244. — Observation déjà indiquée page 586.

2. *Compendium de chirurgie*, t. II, p. 51, 1851.

très rare;... il est plus fréquent dans la vieillesse qu'à toute autre époque de la vie, ce qui se conçoit facilement, si l'on songe que le réseau veineux de la peau a pris alors un grand développement. Sanson ne l'a jamais rencontré sur les enfants ou les jeunes gens. Il attaque surtout les personnes débiles... Tantôt le mal débute sans qu'on en voie d'autres raisons que les circonstances énumérées plus haut, lesquelles doivent être considérées comme prédisposantes... Les troubles généraux que nous avons indiqués comme les prodromes de l'érysipèle ordinaire, précèdent quelquefois l'érysipèle veineux. Quant aux phénomènes locaux, voici en quoi ils consistent : la peau prend une teinte d'un rose terne, plus foncé que dans l'érysipèle simple; par places cette couleur est violacée, ardoisée ou même tout à fait noire, elle ne disparaît pas sous la pression du doigt. Des plaques brunes peuvent se montrer dès le début du mal ou seulement après quelques jours, elles ressemblent à des ecchymoses scorbutiques et résultent probablement de petits épanchements sanguins qui se font dans l'épaisseur du derme. Quelquefois on voit des stries notables, sinueuses, arborescentes, suivant le trajet des vaisseaux sous-cutanés, assez semblables à celles qu'on observe sur le cadavre et semblant indiquer la transsudation du sang à travers les parois vasculaires et son infiltration circonscrite dans le tissu cellulaire qui entoure les veines... La langue se dessèche et se recouvre d'un enduit noir fuligineux. Le plus souvent, il survient des ulcérations ou des eschares. On voit alors l'épiderme soulevé par de la sérosité rougeâtre, sanguinolente. C'est ordinairement dans les points où se rencontrent les plaques ardoisées ou noires dont nous avons parlé que les phlyctènes se développent, et c'est au-dessous d'elles que le derme s'ulcère et se gangrène. »

Quelques points, dans cette description, s'écartent des érysipèles que nous voyons aujourd'hui, et même du fait que nous rapportons. Mais il faut se rappeler, en comparant ces divers cas, l'extrême dissemblance des affections qui existaient à l'époque où écrivait Sanson et celles que nous observons actuellement; en lisant les descriptions de cette époque, on reste convaincu que nous ne voyons plus maintenant qu'une sorte de réduction des affections septiques, qui semblent s'être atténuées et n'avoir plus que des rapports éloignés avec les anciennes formes, tout en continuant à avoir certaines analogies avec elles.

La teinte de l'éruption, livide, violacée, ardoisée ou même tout à fait noire, l'absence de la disparition de la teinte sous la pression du doigt, la ressemblance avec les affections hémorrhagiques, tout

portait à une assimilation avec les ecchymoses scorbutiques. C'est probablement pourquoi Sanson attribuait ces taches à de petits épanchements sanguins dans l'épaisseur du derme.

Cette description rappelle ce que l'on a coutume de rencontrer dans les formes hémorrhagiques de la variole, de la scarlatine et dans les fièvres typhoïdes graves.

Nous ne trouvons pas notées les épistaxis ni les hémorrhagies des diverses muqueuses, mais, par contre, nous voyons l'affection s'accompagner de tous les symptômes que l'on a coutume de rencontrer dans les septicémies les plus graves et se terminer, sinon toujours, du moins dans la grande majorité des cas, par la mort.

Sanson voulait en faire une terminaison par infection purulente, mais les auteurs du *Compendium* disent avec raison que de nouvelles recherches sont nécessaires. « La phlébite et l'infection purulente sont-elles bien, disent-ils, les dernières scènes de cette infection et les causes de la mort? Voilà ce que nous regardons comme incertain et encore mal résolu. »

En effet, il ne faut pas confondre l'infection purulente, cet état grave si nettement caractérisé, avec une septicémie érysipélateuse présentant des symptômes d'infection; il faudrait alors faire rentrer dans le cadre de l'infection purulente tous les faits se terminant par des phénomènes analogues, fièvre typhoïde, variole avec abcès multiples, etc.

Si nous comparons cette description de l'érysipèle veineux à ce que nous avons observé, nous trouvons des analogies frappantes. Les frissons sont apparus chez notre malade comme chez ceux de Sanson : l'éruption, au lieu d'être d'une teinte rouge, s'est, à un moment donné, effacée pour donner place à des taches livides, véritables hémorrhagies sous-cutanées. En même temps apparaissaient des symptômes graves d'adynamie; de plus, l'éruption purpurique se généralisait peu à peu. Enfin, la malade succombait dans un état d'adynamie profonde.

M. Aubrée (Thèse inaugurale, Paris, 1857) signale l'apparition de phlyctènes rouges, livides, sur quelques points du tégument externe, comme aux bourses, aux grandes lèvres, aux paupières, aux membres inférieurs, surtout lorsque ces parties sont envahies par un œdème primitif comme chez les enfants nouveau-nés.

M. Gosselin, dans l'article ÉRYSIPÈLE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, indique le fait en quelques lignes sans donner d'exemple, et se contente de dire qu'il existe une

forme ecchymotique de l'érysipèle. « J'appelle ainsi, dit-il, la variété dans laquelle la teinte rouge de l'érysipèle est mélangée dans certains points d'une teinte bleuâtre évidemment due à l'infiltration du sang dans les mailles de la peau, par la rupture de quelques-uns des capillaires engorgés. Cette lésion se voit de préférence chez les personnes âgées ou affaiblies et aux membres inférieurs. Elle s'accompagne quelquefois de taches de purpura et n'a du reste aucune signification étiologique ou pronostique. »

La contagion, la fièvre, l'état général, l'éruption cutanée, démontraient déjà la nature infectieuse de l'érysipèle; les lésions viscérales, les collections sanguines profondes, les hyperhémies et les hémorrhagies sous-cutanées (purpura) ou muqueuses (épistaxis, hématuries) sont une nouvelle preuve de cette infection.

Nous avons vu plus haut (p. 637) que M. Revouy avait, d'après Rose, mentionné la fréquence des hémorrhagies dans l'érysipèle chez les alcooliques.

Voici maintenant l'observation recueillie dans mon service[1].

Obs. — *Plaie du doigt. Érysipèle du membre supérieur envahissant peu à peu tout le corps. Néphrite ancienne. Purpura. Albuminurie. Bronchite. Mort.*

Gérard (Rosalie), domestique, soixante-six ans, entre le 28 février 1885, salle Lisfranc, n° 30, à l'hôpital de la Pitié.

Bonne constitution; cinq accouchements normaux. Aucun accident antérieur. Il y a un an, affection fébrile qui la retint pendant deux ou trois semaines au lit et qui fut considérée comme une fièvre typhoïde; amaigrissement au moment de la convalescence, mais aucun trouble ultérieur de la santé.

Le 9 février, en remuant une boite à ordures, G... se fit une légère piqûre au médius droit et continua son travail; le lendemain, la petite piqûre s'enflamma, le doigt devint douloureux, gonfla, rougit et se couvrit d'une petite phlyctène qui augmenta progressivement.

Huit jours après, la rougeur s'étendit sous forme de lignes partant de la main œdématiée, et remontant sur le bord externe et la face postérieure de l'avant-bras. Petits frissons répétés, abattement, fièvre, vomissements, perte d'appétit, céphalalgie.

Même état pendant huit jours. Douleurs dans l'aisselle et au niveau

1. Cette observation se trouve aussi dans l'excellente thèse de mon élève M. M. Denucé : *Étude sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'érysipèle*, Bordeaux, 1885, p. 146. — Cette thèse renferme d'intéressants détails sur l'examen histologique de la peau et des organes internes de la malade.

de l'épitrochlée. A ce moment, les lignes roses gagnèrent en étendue et furent remplacées par une rougeur diffuse recouvrant l'avant-bras, puis le bras. Les phénomènes généraux augmentèrent en proportion. Les vomissements, qui avaient cessé, revinrent plus fréquents; l'état général empira; la malade dut prendre le lit.

A l'entrée, rougeur diffuse, sombre, occupant le membre supérieur droit et l'épaule tout entière jusqu'au niveau du bord spinal de l'omoplate en arrière, et en avant jusqu'à la partie moyenne de la clavicule; un bourrelet saillant, régulier, limite nettement la partie envahie.

Vers le pli moyen de la main droite, on constate les traces de deux petites ponctions faites en ville. Cette main est tuméfiée, mais nullement rouge à la face palmaire. Gonflement diffus œdémateux à la face dorsale, sans trace de collection purulente. Au niveau de l'interligne qui sépare le quatrième doigt du troisième on trouve un point plus rouge, légèrement saillant et semblant s'étendre vers la face palmaire. A la racine du médius, phlyctène contenant de la sérosité rougeâtre. La pulpe de ce doigt est douloureuse, gonflée, dépouillée d'épiderme, mais rien n'indique l'existence d'un foyer purulent. État général grave, fièvre intense; langue sèche, à bords rouges; abattement. Pas de vomissements; quelques frissons. Température 39°,5. — Urines normales.

Dès le soir, on institue la pulvérisation phéniquée prolongée qui est ensuite répétée trois fois par jour, pendant une heure chaque fois.

1er mars. Température élevée. La rougeur érysipélateuse dépasse en arrière le bord spinal de l'omoplate et tend à gagner la ligne médiane. A l'épitrochlée, légère douleur répondant au ganglion qui est augmenté de volume. Ganglions axillaires douloureux et gros comme une noisette.

Le 2. L'état général semble meilleur; abattement moins grand; température moins élevée : elle varie d'ailleurs pendant toute la durée de la maladie de 38°,2 à 39°,2 le matin ; de 39°,2 à 39°,8 le soir. La rougeur a presque complètement disparu au niveau de l'avant-bras, mais, à sa place, des taches rougeâtres, lie de vin, éparses, forment des marbrures foncées en certains points, claires en d'autres, variant de la couleur de cassis à la teinte rosée de la lymphangite. Cette coloration est profonde, sous-cutanée. A son niveau, desquamation furfuracée bien marquée; l'épiderme s'enlève par larges écailles.

Du côté du dos, l'érysipèle a continué à s'étendre; il envahit toute la moitié droite du tronc et, en certains points, dépasse la ligne médiane. En bas il atteint les lombes. Le bourrelet est franchement

dessiné. Depuis la veille au soir, la diarrhée continue, avec incontinence des matières fécales et de l'urine. L'état de la langue, sèche et fendillée sur la partie médiane, rouge vif au contraire sur les bords, permet de supposer une lésion rénale.

Le 3. La température monte de nouveau. Le dos est envahi dans toute son étendue ainsi que la partie droite du cou et la partie inférieure de la mâchoire. Dans la nuit, léger subdélire. Diarrhée continue. Dès ce moment l'érysipèle envahit progressivement le bras gauche, puis descend vers les fesses, mais quitte le cou et la partie latérale droite du tronc.

La température élevée, l'abattement et le délire persistent. Dyspnée sans complication pulmonaire appréciable.

Le 8. Bronchite aiguë aux deux bases.

Le 11. État général moins mauvais; aux cuisses, la rougeur est irrégulière; l'érysipèle tend à s'éteindre, le bourrelet n'existe plus.

Le 12. On trouve dans l'urine de l'albumine, des leucocytes, des cellules épithéliales et des cocci disposés par deux ou en chaînettes. Signes de bronchite.

Le 13. La rougeur érysipélateuse a envahi, par points disséminés, la jambe et le pied; à la cuisse, elle est remplacée par des plaques considérables de purpura. En tous les points envahis, on constate des taches rouges, des sugillations ou de véritables ecchymoses disséminées, analogues à celles des avant-bras. Aucune douleur ni à la pression ni spontanée. Au pli de l'aine, la rougeur vive, presque lie de vin, forme une plaque large comme les deux mains. Les urines renferment une quantité considérable d'albumine.

Le 14. Le purpura s'étend à toute la cuisse et un peu à la partie antérieure de la jambe. L'érysipèle, encore visible à la face dorsale des pieds, tend à disparaître.

Le 15. Hier soir la température est remontée. Abattement considérable; délire presque continu; diarrhée incoercible; légère dyspnée. Rougeur des pommettes, comme dans la pneumonie. Albumine en grande quantité dans les urines.

Le 18. Le purpura qui s'était effacé au niveau des avant-bras reparaît plus intense, des plaques nombreuses se montrent sur les bras. Il persiste sur les cuisses et les jambes, surtout à gauche.

Le 21. Œdème des membres inférieurs, plus prononcé de ce même côté. Le dos des mains est gonflé, saillant, le doigt y laisse une dépression; à la base du médius, petite saillie dont l'incision donne issue à quelques gouttes de pus rougeâtre. L'œdème des avant-bras

augmente. La pommette gauche est rouge vif. Pas de dyspnée, pas de trouble de la respiration. Les taches purpuriques ont disparu aux deux cuisses ; à leur place on ne trouve plus que quelques sugillations ; à la jambe, leur teinte a pâli.

Le 23. L'œdème augmente encore, surtout aux membres inférieurs. Albuminurie considérable. Délire presque continu. Incontinence des matières fécales.

Le 25. Escharre en voie de formation au sacrum.

Le 30. Nouvelles taches de purpura ; quelques-unes se montrent à la joue droite, qui n'a jamais été envahie par l'érysipèle. Elles s'étendent peu à peu et se rejoignent le 31.

1er avril. Les taches du bras gauche, qui avaient disparu, se montrent de nouveau.

A partir de ce jour, affaiblissement progressif, mort le 5 avril 1885.

Autopsie vingt-quatre heures après.

On trouve à peu près un litre et demi de liquide séreux dans la plèvre droite. Le poumon est déprimé, refoulé en haut dans la gouttière costo-vertébrale, adhérent au sommet et congestionné. Pas trace de tubercules ni de pneumonie.

Le foie, augmenté de volume, d'une teinte jaune rougeâtre, est lisse, régulier et manifestement gras.

Du côté des reins les lésions sont plus accentuées. Notable diminution de volume. La capsule se détache facilement. A la surface se dessinent les lobes rénaux. A la coupe, teinte plus pâle qu'à l'état normal. La substance corticale a presque complètement disparu. Pas de kyste séreux, ni de granulations bien nettes. En somme, néphrite mixte. Il semble que le rein sénile ait présenté, sous l'influence de l'érysipèle, une poussée de néphrite aiguë.

Rate un peu grosse, diffluente. Muqueuse intestinale congestionnée par places, sans ulcérations.

« Cette observation, ajoute M. Blaise, est la seule dans laquelle on ait fait l'autopsie. Or, il y avait une dégénérescence du foie et des reins, lésion qui d'après M. Verneuil se rencontre communément dans les formes hémorrhagiques des fièvres éruptives, ce qui établit une analogie de plus entre l'érysipèle et ces diverses maladies infectieuses. D'ailleurs, dans trois autres observations, les malades étant profondément alcooliques, il est permis de supposer que le foie et les reins avaient subi déjà une altération plus ou moins profonde. Or, on sait que les lésions de ces organes prédisposent aux hémorrhagies soit après un traumatisme chirurgical ou accidentel, soit

dans le cours d'une maladie infectieuse. C'est ainsi qu'on voit survenir chez des opérés des pertes de sang que n'explique aucune autre cause. On peut rappeler à ce propos le fait cité dans le mémoire de M. L.-H. Petit : Les Esquimaux, lors de leur voyage à Paris, furent atteints par la variole. M. le professeur Verneuil avait prévu et annoncé à l'avance que si ces hommes, dont le foie devait être lésé par leur genre d'alimentation, étaient atteints par l'épidémie, ils auraient certainement la forme hémorrhagique de la maladie. Le fait ne manqua pas de se réaliser et tous succombèrent[1].

1. *Sur l'étiologie et la pathogénie de la variole hémorrhagique.* Communication au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, 26 août 1882, publiée dans l'*Union médicale*, 1882. 3e série, t. 34, p. 890 et suivantes.

DE L'ÉRYSIPÈLE DANS LES HOPITAUX DE LONDRES[1]

PAR M. LE Dr L.-H. PETIT.

Parmi les faits qui ont été mis en lumière dans la récente discussion soulevée à l'Académie de médecine par la communication de M. Verneuil sur l'érysipèle et la méthode antiseptique, la diminution du nombre et de la gravité des érysipèles dans les hôpitaux de Paris, depuis l'adoption de la méthode antiseptique dans les services de chirurgie, est incontestable.

Néanmoins, cette diminution n'est pas allée jusqu'à la disparition; il y a encore un assez grand nombre de sujets frappés, et quelques-uns meurent encore.

Sachant, d'après le rapport qui nous en a été fait par plusieurs chirurgiens de Paris, et en particulier M. le docteur Kirmisson, qui vient de publier, dans la *Revue de chirurgie*, le récit de ses visites dans les hôpitaux de Londres, combien l'antisepsie, ou tout au moins la propreté, est pratiquée avec soin dans ces hôpitaux, nous avons voulu voir si l'érysipèle s'y montrait encore. Cette recherche était facile, car les *Hospital's Reports* de Londres contiennent des statistiques très précieuses à ce point de vue. Mais, n'ayant sous la main que ceux de Saint-Thomas et de Saint-Barthélemy, nous ne pouvons utiliser que les renseignements fournis par ces derniers.

Nous avons examiné, comme on l'a fait dans la discussion de l'Académie, une période de trois années, 1881-82-83, c'est à-dire les trois derniers volumes que nous avions à notre disposition. Nous aurions pu, à la vérité, commencer quelques années plus tôt, mais les résultats eussent été les mêmes.

1. *Union médicale*, 19 décembre 1885, p. 1009.

Saint-Thomas. — Le nombre des lits de chirurgie est de 241. En 1881, il y eut 2329 malades, 1464 hommes et 865 femmes, traités dans ce service; la mortalité totale fut de 163, dont 114 hommes et 49 femmes.

Les érysipèles furent au nombre de 104, dont 35 nés à l'hôpital et 69 admis du dehors. En voici le tableau :

		Hommes.	Femmes.	Guéris.	Morts.
Admis.....	69	52	17	63	6
Nés à l'hôpital..	35	21	14	29	6

En 1882, il y eut une diminution assez marquée : 80 érysipèles, dont 10 mortels.

		Hommes.	Femmes.	Guéris.	Morts.
Admis.....	41	29	12	39	2
Nés à l'hôpital.	39	27	12	31	8

2428 malades, dont 1480 hommes et 948 femmes, avaient été traités, avec une mortalité totale de 168, dont 107 hommes et 61 femmes.

En 1883, au contraire, nous trouvons une recrudescence très marquée coïncidant avec une augmentation du nombre des malades, mais non de la mortalité totale.

Le nombre des entrées avait été de 2555, dont 1530 hommes et 1025 femmes, et la mortalité totale de 177, dont 115 hommes et 62 femmes. Le nombre des érysipèles monte à 134, et celui de la mortalité à 24.

		Hommes.	Femmes.	Guéris.	Morts.
Admis.....	62	37	25	54	8
Nés à l'hôpital..	72	37	35	56	16

A l'*hôpital Saint-Barthélemy*, le nombre des lits de chirurgie n'est pas indiqué, mais paraît être plus élevé qu'à Saint-Thomas. En effet, celui des malades entrés en 1881 est de 3928, dont 2496 hommes, avec une mortalité de 137, et 1432 femmes, avec une mortalité de 53. Il y eut, dans l'année, 101 érysipèles (dont 25 phlegmoneux) avec 9 morts. Voici comment ils peuvent se répartir :

		Hommes.	Femmes.	Morts.
Admis.....	64	42	22	3
Nés à l'hôpital...	18	14	4	5
Après opération..	29	9	10	1

En 1882, même diminution qu'à l'hôpital Saint-Thomas dans le nombre, qui tomba à 87, mais non dans la gravité, puisqu'il y eut 10 morts et 40 érysipèles phlegmoneux.

		Hommes.	Femmes.	Morts.
Admis.....	27	17	10	1
Nés à l'hôpital...	38	16	22	4
Après opération..	22	14	8	5

Le nombre des malades traités avait d'ailleurs été de 4104, dont 2601 hommes, avec 141 morts, et 1503 femmes, avec 71 morts.

En 1883, même recrudescence qu'à Saint-Thomas, car le nombre total fut de 133 (dont 44 phlegmoneux), avec une mortalité de 11.

		Hommes.	Femmes.	Morts.
Admis.....	81	45	35	5
Nés à l'hôpital..	18	14	4	1
Après opération.	34	18	16	5

Le nombre total des cas traités fut aussi plus grand, 4241, dont 2605 hommes, avec 134 morts et 1540 femmes, dont 96 décès. C'est-à-dire que, comme à Saint-Thomas, le nombre des malades entrés et des érysipèles avait augmenté, mais non celui des décès.

Ces variations parallèles de l'érysipèle dans deux hôpitaux de Londres absolument différents, sont dignes d'être notées : Saint-Barthélemy, vieil édifice dont le renouvellement date de 1652, mais auquel, à la vérité, on a joint de nouveaux pavillons, se trouve dans un quartier très populeux; Saint-Thomas, au contraire, merveille de construction architecturale moderne, dans un quartier relativement désert, est aussi largement aéré que l'autre l'est peu; tous deux sont probablement devenus aussi aseptiques que possible, et néanmoins l'érysipèle y règne encore, et subit les mêmes vicissitudes dans l'un que dans l'autre, ainsi que le démontre ce court tableau :

Saint-Thomas.	Entrées.	Érysipèles.	Morts.
1881.....	2.329	104	12
1882.....	2.428	80	10
1883.....	2.555	134	24
Total.....	7.312	318	46

Saint-Barthélemy.	Entrées.	Érysipèles.	Morts.
1881.....	3.928	101	9
1882.....	4.104	87	10
1883.....	4.241	133	11
Total.....	12.273	321	30

Mais, ce qui ne manquera pas de provoquer un certain étonnement, c'est de voir que dans le nouvel hôpital, celui qui paraît réunir les meilleures conditions hygiéniques, le nombre et la gravité des érysipèles sont de beaucoup, presque de moitié, plus grands que dans l'autre. Il existerait donc, dans cet hôpital, des conditions fâcheuses que nous ne pouvons apprécier, mais qui nous ont paru mériter d'être signalées.

Ainsi, il y a, en trois ans, à Saint-Barthélemy, un nombre presque double de malades soignés. 12,273 7,312
le nombre des érysipèles est presque le même . . . 321 318
et la mortalité est de 1/3 plus grande à Saint-Thomas. 30 46

Ces différences paraissent encore bien plus extraordinaires, si l'on tient compte de ce fait, qui nous a été affirmé par un des chirurgiens de Paris qui ont visité récemment les hôpitaux de Londres, que l'antisepsie laisse fort à désirer à Saint-Barthélemy. Il n'en saurait être de même à Saint-Thomas, où exerce sir William Mac Cormac, auteur d'un ouvrage très estimé sur la chirurgie antiseptique[1].

Cependant, la statistique de cet hôpital nous fait assister au curieux, mais triste spectacle, du développement progressif de l'érysipèle dans un hôpital nouveau. Dans les quatre premières années, de 1866 à 1869, les cas sont en petit nombre et sans gravité bien grande; dès la cinquième, ils deviennent plus nombreux et plus graves, et, dans la septième année, 1872, nous trouvons, tant en médecine qu'en chirurgie, 99 cas, dont 13 morts, et, dans la huitième, 130 cas, dont 14 morts. Il y avait alors plus d'érysipèles

1. Il paraîtrait toutefois, d'après des renseignements que nous avons reçus plus récemment, que, malgré la présence de M. Mac Cormac à l'hôpital Saint-Thomas, l'antisepsie ne serait pas plus parfaite dans cet établissement qu'à l'hôpital Saint-Barthélemy.

Dans ces deux hôpitaux, d'ailleurs, les autres complications inflammatoires ou septiques graves des plaies ont encore été assez nombreuses dans les trois dernières années.

Ainsi on compte à Saint-Barthélemy :

En 1881. — Cas d'inflammations phlegmoneuses.....	27, avec	2 morts.
En 1882. — — —	43, avec	4 —
En 1883. — — —	48, avec	9 —
En 1881. — Cas de pyohémie et de sépticémie.....	22, avec	20 morts.
En 1882. — — —	21, avec	17 —
En 1883. — — —	22, avec	19 —

A Saint-Thomas :

En 1881. — Cas de pyohémie	8, avec	8 morts.
En 1882. — —	9, avec	9 —
En 1883. — —	14, avec	12 —

Les cas de phlegmons diffus ne sont pas mentionnés spécialement.

qu'à Saint-Barthélemy, qui, très éprouvé de 1860 à 1865, commençait à s'assainir un peu.

Nous avons réuni à ces deux hôpitaux, dans le tableau comparatif suivant, une statistique partielle de l'hôpital Saint-Georges, qui a été réorganisé vers l'époque de l'édification de Saint-Thomas, et dont nous possédons les comptes rendus depuis 1865 jusqu'à 1879. On voit que cet hôpital a toujours renfermé un assez grand nombre d'érysipélateux, et, que, dès les premières années, l'endémie y était même assez grave, d'après les chiffres.

	Saint-Barthélemy.		Saint-Thomas.		Saint-Georges.	
	Cas.	Morts.	Cas.	Morts.	Cas.	Morts.
1860.....	115	6	..	..	..	..
1861.....	111	9	..	..	..	..
1862.....	121	7	..	..	..	..
1863.....	213	11	..	..	..	..
1864.....	181	8	..	..	..	..
1865.....	131	10	..	..	64	4
1866.....	89	3	22	3	54	2
1867.....	94	11	6	0	75	12
1868.....	(?)	(?)	19	3	72	8
1869.....	71	4	18	1	39	5
1870.....	116	20	24	6	40	0
1871.....	83	12	(?)	(?)	34	1
1872.....	77	11	99	13	36	3
1873.....	77	25	130	14	37	6
1874.....	134	15	112	(?)	35	6
1875	108	8	85	(?)	61	12
1876.....	80	6	70	8	68	4
1877.....	58	2	87	13	53	1
1878.....	59 (1)	5	49	6	66	4
1879.....	49	4	78	1	86	4
1880.....	88	5	102	7	(?)	(?)
1881.....	101	9	122	14	(?)	(?)
1882.....	125	13	114	13	(?)	(?)
1883.....	136	11	156	27	(?)	(?)

On remarquera encore, dans le tableau suivant, un fait assez paradoxal, à savoir qu'à l'hôpital Saint-Georges la mortalité est plus grande pour les érysipèles de la médecine que pour ceux de la chirurgie, ce qui a eu lieu assez souvent aussi dans les deux autres hôpitaux. Ce fait vient donc à l'appui de ceux qui pensent qu'il n'y a pas une différence bien tranchée entre les variétés médicale et chirurgicale de l'érysipèle.

1. Il n'y eut en 1878 que deux cas d'érysipèle dans les salles de médecine, l'un chez un malade atteint de rhumatisme chronique et l'autre chez un galeux. Tous deux siégeaient à la face, comme du reste pour les cas admis les années suivantes dans les mêmes salles.

D'ailleurs, à partir de 1878, à l'hôpital Saint-Barthélemy, on envoya indistinctement dans les salles de chirurgie ou de médecine, les malades entrant avec un érysipèle. En 1878, 1881 et 1883, on les envoya tous en chirurgie, tandis qu'en 1879 et 1880 il y eut dans les salles de médecine près de la moitié du nombre total des érysipélateux.

Ce tableau nous fait voir, en outre, qu'il n'y a aucune corrélation entre les variations du nombre des érysipèles dans les salles de médecine et de chirurgie.

ANNÉES.	SAINT-BARTHÉLEMY.				SAINT-THOMAS.				SAINT-GEORGES [1].			
	Médecine.		Chirurgie.		Médecine.		Chirurgie.		Médecine.		Chirurgie.	
	Cas.	Morts.	Cas.	Morts.	Cas.	Morts.	Cas.	Morts.	Cas.	Morts.	Cas.	Morts
1865	28	1	103	9	....	.....	....	.....	23	1	41	3
1866	18	2	71	1	8	3	14	0	11	1	43	1
1867	29	2	65	9	(?)	(?)	6	0	24	5	51	7
1868	....	.....	.....	.....	1	1 (2)	18	2	38	2	34	6
1869	18	2	53	2	2	0	16	1	12	2	27	3
1870	51	6	65	14	2	0	22	6	19	0	21	0
1871	34	1	49	11	(?)	(?)	(?)	(?)	16	1	18	0
1872	38	8	39	8	17	1	82	11	31	3	5	0
1873	29	4	48	21	19	1	111	13	20	4	17	2
1874	47	2	87	13	37	4	75	(?)	12	3	23	3
1875	29	2	79	6	45	1	40	(?)	19	6	42	6
1876	24	1	56	5	24	2	46	6	35	2	33	3
1877	21	0	37	2	19	0	68	13	15	0	38	1
1878	2	0	57	5	17	2	32	4	18	2	48	2
1879	22	4	28	0	41	4	37	(?)	12	1	74	3
1880	47	5	41	0	57	6	45	1	(?)	(?)	(?)	(?)
1881	0	0	101	9	18	2	104	12	(?)	(?)	(?)	(?)
1882	38	3	87	10	34	3	80	10	(?)	(?)	(?)	(?)
1883	3	0	133	11	22	3	134	24	(?)	(?)	(?)	(?)

Nous ferons remarquer encore la différence de gravité qui existe entre les érysipèles entrés à l'hôpital et ceux qui sont nés après l'entrée. — Ainsi nous relevons pour Saint-Thomas, dans la période triennale que nous analysons :

Entrés.....	172	Morts.....	16
Nés à l'hôpital..	146	—	30

A Saint-Barthélemy :

Entrés.....	172	Morts.....	9
Nés à l'hôpital..	149	—	21

1. Dans les dix années précédentes, il y eut, à l'hôpital Saint-Georges, 225 érysipèles dans les salles de médecine, avec une mortalité de 14,2 p. 100. Le nombre total des malades est d'environ 3800 par année.

2. Homme de vingt-huit ans; affection rénale depuis douze mois; érysipèle du dos, étendu aux membres inférieurs; mort. A l'autopsie, lésions profondes du foie et des reins.

Et cette différence existe, ainsi que nous avons pu nous en assurer, dans les tableaux des années précédentes ; nous ne les rapporterons pas ici pour ne pas allonger outre mesure cette liste déjà si étendue de chiffres. On se rappelle qu'elle avait d'ailleurs attiré l'attention dans la récente discussion à l'Académie de médecine, et provoqué des explications très satisfaisantes de la part de MM. Cornil et Verneuil.

Les statistiques de l'hôpital Saint-Barthélemy nous indiquent encore un fait très curieux. Nous venons de voir que la mortalité de l'érysipèle était plus grande pour les cas contractés à l'hôpital que pour ceux qu'y entraient avec cette affection. Or, nous allons voir que la mortalité est encore plus grande pour les cas survenus après une opération que chez les sujets non opérés.

	Admis.		Nés chez des sujets non opérés.		Nés chez des sujets opérés.	
	Cas.	Morts.	Cas.	Morts.	Cas.	Morts.
1878.....	27	0	15	2	15	3
1879.....	22	1	11	2	17	4
1880.....	47	2	21	1	20	2
1881.....	64	3	18	5	19	1
1882.....	27	1	38	4	22	5
1883.....	81	5	18	1	34	5

Dans les six dernières années, nous ne trouvons qu'une exception, pour 1881. En 1883, la mortalité a été un peu plus grande relativement chez les érysipélateux admis que chez les blessés qui ont contracté l'érysipèle, mais le nombre des admis a été trois fois plus grand que l'année précédente (81 au lieu de 27).

Donc, malgré les progrès de l'hygiène, la grande propreté et l'emploi plus ou moins minutieux de la méthode antiseptique, les érysipèles sont encore nombreux dans les hôpitaux de Londres, je dirais même qu'ils y sont plus nombreux que dans ceux de Paris.

Je ne voudrais cependant pas que nos lecteurs fussent tentés de conclure de cette comparaison — qui n'est pas raison — que, puisque les érysipèles sont moins à craindre à Paris qu'à Londres, ce n'est pas la peine de tant réformer chez nous, si les réformes exécutées par nos voisins n'ont pas été plus efficaces.

Un journal de Londres, rendant compte du travail de M. Kirmisson, constatait avec grand plaisir le jugement si favorable porté par notre ami sur les hôpitaux qu'il avait visités; mais il regrettait néanmoins qu'il y eût encore des lacunes (et peut-être en parlant ainsi songeait-il aux hôpitaux Saint-Thomas et Saint-Barthélemy),

et suppliait ses compatriotes de ne pas les oublier, mais de redoubler d'efforts afin d'arriver le plus près possible de la perfection. A plus forte raison, devons-nous prêcher la persévérance à ceux qui chez nous pensent que le salut de nos malades, blessés et opérés, dépend des réformes jugées nécessaires dans nos hôpitaux,

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue cette persistance de l'érysipèle et de sa gravité, malgré les précautions antiseptiques. Maintes fois, et depuis longtemps déjà, M. Verneuil a soutenu, avec observations à l'appui, que l'apparition et la gravité de cette complication traumatique avaient pour cause principale l'altération antérieure de la constitution ou des viscères des patients.

Nous trouvons déjà un certain nombre de faits confirmant cette opinion dans la thèse de M. G. Monnier [1], rédigée d'après des documents extraits des comptes rendus des hôpitaux de Londres.

Parmi les complications traumatiques dont sont morts les opérés et les blessés, il y eut treize érysipèles.

1° (*Saint-Thomas*, 1871, p. 365). — Fracture du tibia et du péroné à la partie moyenne; érysipèle et paralysie partielle. Mort. — *Autopsie :* moelle pulpeuse et cancer de la substance grise peu marqués; foie gras; cal fibreux au tibia, osseux au péroné (p. 13 de la thèse, n°1).

2° Fracture compliquée de la jambe. Résection des fragments; érysipèle. Mort. — *Autopsie :* foie et reins hypertrophiés et gras, peut-être cireux, poumons œdémateux, rate cireuse, nécrose du tibia (p. 14, n° 3).

3° Hernie crurale étranglée. Kélotomie sans ouverture du sac; érysipèle. Mort. — Emphysème et œdème des poumons; calculs dans la vésicule biliaire (*Id.*, n° 9).

4° (*Saint-Thomas*, 1873, p. 336). — Femme de trente-huit ans; plaie de la cuisse; érysipèle deux jours après l'entrée à l'hôpital; puis tétanos. Mort au troisième jour. Foie mou et gras (*Id.*, p. 36, n° 3).

5° (*Saint-Thomas*, 1874, p. 436). — Femme de quarante-trois ans, très obèse. Ablation de lipome du dos. Érysipèle au troisième jour. Mort au onzième (*Id.*, p. 59, n° 1).

6° (*Saint-Thomas*, 1875, p. 345). — Plaie du cuir chevelu; érysipèle au troisième jour. Mort. Reins granuleux (*Id.*, p. 27, n° 4).

7° (*Saint-Thomas*, 1877, p. 656). — Femme de cinquante et un

1. G. Monnier. *Influence des états constitutionnels et des altérations viscérales sur le traumatisme.* Th. de doct. Paris, 1882, n° 102.

ans; arthrite chronique de la hanche, avec luxation et abcès de voisinage; résection. Érysipèle au troisième jour. Mort. Péritonite chronique; abcès iliaque; rate, foie et reins gras (*Id.*, p. 15, n° 18).

8° Femme de quarante et un ans; quatorze jours avant l'entrée à l'hôpital, plaie du pouce, nécrose de la phalange unguéale; érysipèle phlegmoneux et gangréneux de l'avant-bras et du bras. Alcoolisme chronique. Pas d'autopsie (*Id.*, p. 57, n° 1).

9° Femme de cinquante-neuf ans; cancer du sein; ablation. Au cinquième jour, érysipèle; mort le dixième. Broncho-pneumonie; noyaux cancéreux dans le foie; reins granuleux (*Id.*, n° 19).

10° (*Saint-Georges*, 1866, p. 317). — Amputation pour carie du tarse; érysipèle suivi d'abcès pyohémique du cou et de pyohémie générale. — *Autopsie :* signes de la phthisie au début (*Id.*, p. 49, n° 17).

11° (*Saint-Georges*, 1876, p. 474). — Homme de quarante et un ans; anévrysme de l'artère axillaire; ligature de la sous-clavière; l'opéré va bien jusqu'au vingtième jour; érysipèle. Mort dix jours après. — *Autopsie :* anévrysme en voie de guérison; poumons congestionnés et œdémateux; aorte athéromateuse; reins granuleux (p. 24, n° 64).

12° (*Guy's Hosp.*, 1873, p. 454). — Résection du fémur pour nécrose; érysipèle. Pyohémie. Mort. Mal de Bright (*Id.*, p. 29, n° 27).

13° (*Guy's Hosp.*, 1874, p. 6). — Homme de soixante-dix ans; épithélioma de la lèvre inférieure; ablation. Suture. Réunion par première intention; délire; érysipèle parti de la lèvre. Mort au onzième jour. Dilatation bronchique générale. Reins granuleux. Plaie presque cicatrisée. Ganglions du voisinage sensiblement altérés (*Id.*, p. 31, n° 49).

Presque tous ces faits viennent donc à l'appui des opinions soutenues par M. Verneuil.

Voyons maintenant ce que les statistiques des hôpitaux Saint-Thomas et Saint-Barthélemy nous apprennent à cet égard, dans les trois dernières années :

Aucun détail sur les malades entrés avec un érysipèle, en 1881, à Saint-Thomas.

Parmi les trente-cinq cas développés dans les salles, il y eut six morts.

1° (Obs. I, p. 594). — N'est pas mort de l'érysipèle, mais, six mois après, de récidive de cancer.

2° (Obs. III, p. 395). — Érysipèle né d'incisions faites à un abcès provoqué par un sarcome du cou. Durée, quatre jours. Mort d'extension du néoplasme et de sphacèle.

3° (Obs. IX). — Résection de la hanche; érysipèle au cinquième jour; deuxième érysipèle trois mois après. Mort au dixième jour. Dégénérescence amyloïde des viscères.

4° (Obs. XVI). — Nécrose du calcanéum, fistule, rougeur autour. Le lendemain de l'entrée, exploration avec le stylet; érysipèle le lendemain. Mort douze jours après. Pas d'autopsie.

5° (Obs. XXVI). — Luxation sous-coracoïdienne de l'épaule avec légère déchirure de la peau; œdème du bras; érysipèle au sixième jour. Mort au quarante-neuvième. Reins contractés, granuleux.

6° (Obs. XXVIII). — Brûlures étendues; érysipèle au cinquième jour. Mort au quatorzième. Pas d'autopsie.

En 1882, même remarque pour les cas entrés. Parmi les trente-neuf cas nés à l'hôpital, il y eut huit morts. Une seule autopsie.

Obs. XXVII (P. 337). — Femme de soixante-treize ans; kélotomie; trente-deux jours après, érysipèle parti de la vulve, et non de la plaie. Mort au quatrième jour. Reins contractés, granuleux.

En 1883, les renseignements sont un peu plus satisfaisants. Il y eut soixante-douze érysipèles nés à l'hôpital, et seize morts.

1 (Obs. II, p. 508). — Ablation d'un cancer du sein; érysipèle au cinquième jour. Mort deux jours après; généralisation cancéreuse.

2° (Obs. IV). — Pas d'autopsie.

3° (Obs. VII). — Mêmes particularités que dans l'observation I; en outre, pyélite.

4° (Obs. VIII). — Pyohémie. Pas d'autopsie.

5° (Obs. IX). — Sarcome du maxillaire inférieur. Ablation. Hémorrhagie secondaire, au treizième jour, par la carotide externe; cautère actuel. Érysipèle le lendemain. Pas d'autopsie.

6° (Obs. XXI). — Pas d'autopsie.

7° (Obs. XXXIII). — Carie des cellules mastoïdiennes. Diabète. Incision. Érysipèle au septième jour. Mort au neuvième.

8° (Obs. XXXIV). — Pas d'autopsie.

9° (Obs. XLI). — Coxalgie suppurée chronique. Incision d'abcès. Érysipèle au quatrième jour. Mort au septième. Pleurésie droite.

10° (Obs. XLVI). — Fistule partant du pubis. Deuxième attaque au membre inférieur. Mort au cinquième jour. Arthrite suppurée du genou. Pas d'autopsie.

11° (Obs. LI). — Moignon conique, réamputation. Érysipèle au treizième jour. Mort au quarante-troisième. Ostéo-myélite; dysenterie chronique; néphrite tuberculeuse.

12° (Obs. LVII). — Pyohémie.

13° (Obs. LVIII). — Plaie du cuir chevelu et fracture du radius. Érysipèle au cinquième jour. Mort au vingt-quatrième. Alcoolisme. Albuminurie.

14° (Obs. LIX). — Plaie de l'oreille et fracture de côtes. Érysipèle au septième jour. Mort au deuxième jour. Reins granuleux (soixante-quinze ans).

15° (Obs. LXI). — Plaie contuse de l'aine. Érysipèle au cinquième jour. Mort au dix-neuvième. Dysenterie ancienne.

16° (Obs. LXIII). — Plaie contuse du périnée; fracture de clavicule. Érysipèle au cinquième jour. Mort au treizième. Pleuro-péricardite à droite.

En résumé, sur 30 cas de mort, on fit 10 fois l'autopsie, et on trouva 8 fois des lésions viscérales anciennes et 2 fois des lésions récentes (pleurésie, pleuro-péricardite); 2 fois, on signale une altération grave de la constitution, sans autopsie, mais suffisante pour expliquer la mort (diabète, albuminurie et alcoolisme) et 2 fois le pronostic était aggravé par un érysipèle antérieur. Et si de ces 30 cas nous retirons ceux dans lesquels la mort ne peut être attribuée à l'érysipèle : obs. I, II et VI de 1881 (récidive de cancer, gangrène et extension de néoplasme, brûlures étendues), et obs. IV, V, IX, XII et XVI de 1883 (pyohémie et hémorrhagie secondaire par la carotide, pleurésie), il reste 22 cas mortels, parmi lesquels 12 au moins, plus de la moitié, peuvent être mis à l'actif des lésions antérieures des viscères ou de la mauvaise constitution du sujet.

Les comptes rendus de Saint-Barthélemy ne donnent malheureusement que peu de détails sur les malades. Nous n'avons découvert qu'une simple mention sur un homme de soixante ans, atteint de plaie de la main, puis d'érysipèle, et mort de *delirium tremens* (1881, p. 79), et sur un autre de vingt-trois ans, atteint de coxalgie suppurée avec abcès, mort d'érysipèle, et chez lequel on nota une altération lardacée des viscères.

Nous aurions beaucoup désiré comparer ces résultats avec ceux du service de M. Lister, mais malheureusement nous n'avons pu nous procurer les comptes rendus de *King's College Hospital*. Nous savons cependant, comme tout le monde d'ailleurs, que l'érysipèle a été l'adversaire le plus tenace que M. Lister ait rencontré

dans sa pratique, et qu'il a dirigé contre lui les modifications les plus ingénieuses et les plus variées de sa méthode. Nous ne savons s'il a fini par en triompher.

Quoi qu'il en soit, les documents dont nous venons de donner l'analyse suffisent à démontrer que l'érysipèle est encore fréquent et grave dans les hôpitaux de Londres; — que l'érysipèle contracté dans un service de chirurgie par un blessé est plus grave que l'érysipèle contracté en dehors; — que la variété dite médicale de l'érysipèle n'est pas aussi différente qu'on veut bien le dire de la variété chirurgicale; — enfin, que l'altération antérieure des viscères ou de la constitution des malades assombrit singulièrement le pronostic de l'érysipèle, aussi bien à Londres qu'à Paris.

PSEUDO-ÉRYSIPÈLE EN CAS DE RÉTENTION LYMPHATIQUE

Chez certains sujets atteints de tumeurs de la fosse iliaque interne ou du triangle de Scarpa (lymphadénome, épithélioma ganglionnaire, etc.) et plus souvent encore chez des femmes affectées depuis longtemps de tumeurs cancéreuses du sein, opérées ou non, récidivées ou non, mais compliquées d'adénopathie axillaire, on voit les membres correspondant à la tumeur devenir le siège d'un œdème généralisé, atteignant quelquefois des dimensions considérables au point de simuler l'éléphantiasis, — persistant jusqu'à la mort sans subir de diminution notable, — d'une consistance fibreuse ne conservant pas l'empreinte du doigt; — parfois indolent au toucher ou spontanément, et ne causant qu'une gêne mécanique, parfois douloureux — avec ou sans modification du tégument [1].

Je n'insiste point sur tous ces caractères, que chacun reconnaîtra sans peine, car les cas ne sont pas rares, et je m'arrêterai seulement sur les changements dont la peau peut devenir le siège.

D'ordinaire le membre tuméfié a conservé sa couleur naturelle, sauf en quelques points où l'on voit des taches bleuâtres éparses à la jambe ou à la cuisse, s'il existait auparavant des varices ou des varicosités. D'autres fois le tégument, au bras surtout, présente une teinte légèrement violacée, uniforme, que la pression ni l'élévation ne font point disparaître; tantôt enfin se développent des plaques rouges plus ou moins larges qui, en se réunissant, finissent par couvrir tout le membre et prendre exactement les caractères de l'érysipèle ou de la lymphangite réticulaire, y compris la chaleur, la douleur à la pression et une sensation désagréable de cuisson ou de brûlure.

J'ai vu cette lésion depuis que je vois des malades, ce qui veut dire plus de quarante ans, mais je ne l'ai étudiée avec quelques soins que vers 1872. Voici à quelle occasion.

1. M. A. Desprès a déjà signalé cette forme d'érysipèle, mais à un autre point de vue.

Obs. I. — J'avais enlevé chez une femme grasse et très robuste un carcinome du sein sans toucher aux ganglions axillaires. Ceux-ci, par une exception rare, s'étaient enflammés vivement, ce qui avait donné lieu à un volumineux abcès de l'aisselle que j'avais largement ouvert, puis drainé. La guérison avait été assez longue à obtenir et lorsqu'au bout de quelques semaines la malade avait commencé à se servir de son bras, celui-ci était devenu le siège d'un œdème dur offrant les caractères extérieurs énumérés plus haut. La tuméfaction augmenta peu à peu et la peau prit l'aspect chagriné ou finement mamelonné que j'ai retrouvé depuis dans un cas de varices capillaires lymphatiques du membre inférieur. Toutefois la coloration restait pâle et rien n'indiquait une gêne quelconque dans la circulation veineuse. Au reste, il ne me semblait pas nécessaire d'invoquer ici l'obstruction des veines et je m'expliquais tout naturellement l'œdème par la rétention de la lymphe dans ses réseaux, rétention qui à son tour résultait de la violente inflammation des ganglions et des lymphatiques qui avait suivi l'opération.

Je fus d'ailleurs confirmé dans mon hypothèse par un accident qui se reproduisit plusieurs fois et toujours avec les mêmes caractères, pendant le séjour assez long que fit cette malade dans mes salles avant de mourir. De temps en temps, sans cause bien appréciable, sans violence extérieure et surtout sans le moindre trauma superficiel ni profond, le gonflement augmentait tout à coup et de grandes taches diffuses, sans contours limités, c'est-à-dire sans bourrelet, se montrant sur le bras, l'avant-bras ou le moignon de l'épaule, finissaient par se confondre et colorer en rouge vif le membre tout entier, de sorte que si l'on n'avait pas assisté au début du mal, on aurait certainement diagnostiqué un érysipèle phlegmoneux ou une de ces lymphangites graves qu'on voit chez les cachectiques à la suite de certaines blessures infectieuses des mains ou des pieds.

L'invasion des accidents locaux était précédée d'ordinaire par le frisson et le malaise comme dans l'érysipèle ou la lymphangite; de même le thermomètre montait rapidement aux alentours de 40°, mais la réaction inflammatoire et les symptômes généraux ne duraient généralement pas plus de quatre à cinq jours, tandis que les phénomènes locaux se prolongeaient davantage, car il fallait attendre parfois deux ou trois semaines avant que le membre ait repris son œdème dur, pâle et indolent. D'ailleurs, nulle tendance à la gangrène ni à la suppuration; à peine quelques rares phlyctènes et quelques sugillations et taches ecchymotiques. Pour tout traitement externe, lotions avec l'eau de sureau, poudre d'amidon, ou axonge

bien fraîche. — A l'intérieur, la médication de la lymphangite légère.

Je n'aurais pas parlé de cette variété de lymphangite, — histoire qui soit dit en passant reste à écrire — si on n'en pouvait tirer parti pour expliquer quelques points obscurs de l'érysipèle. On sait qu'à la face par exemple, surtout chez les personnes qui ont été atteintes déjà plusieurs fois, la rougeur se montre d'emblée à la joue ou au lobule de l'oreille sans avoir été précédée d'aucune excoriation pouvant servir de porte d'entrée. Nous avons vu également dans l'observation de M. Ch... (p. 671) que cette même rougeur apparaissait parfois au milieu de la cuisse, très loin par conséquent du pied et de la jambe, où se trouvaient les fistules et l'eczéma d'où était partie maintes fois l'éruption érysipélateuse.

Ces faits rares mais indéniables servent d'argument à ceux qui ne croient pas à la nécessité absolue d'une solution de continuité comme prélude de l'exanthème. Or, il serait possible que l'apparition d'une plaque érysipélateuse sur un point tout à fait sain de la peau résultât simplement de l'inflammation circonscrite d'un point du réseau lymphatique préalablement dilaté et distendu par la lymphe retenue.

Nous sommes fort peu instruits sur l'état des ganglions après une ou plusieurs attaques d'érysipèle, sur la perméabilité et l'imperméabilité des canaux qui les traversent en pareil cas, sur le rétablissement collatéral du cours de la lymphe quand l'obstruction ganglionnaire est complète. C'est pourquoi j'ai signalé, tout imparfaits qu'ils soient, les cas où cette obstruction est évidente et où on peut en observer les effets. Il est bien probable que les poussées inflammatoires qui se produisent alors ne sont pas de nature spécifique et qu'elles diffèrent sous ce rapport de l'érysipèle vrai. Toutefois, à la première occasion, je me propose de pratiquer à la surface des plaques rouges, des scarifications légères pour rechercher le microbe érysipélateux dans le liquide qui s'écoulera des petites plaies.

J'avais jadis commencé avec mon cher disciple Terrillon quelques études sur cet œdème dur des bras chez les cancéreuses et sur la rétention lymphatique en général. Récemment un de mes jeunes élèves, Maurice Denucé, fils du professeur Denucé de Bordeaux, qui marchera sur les traces de son éminent père et qui vient d'écrire une thèse remarquable sur l'érysipèle, a pris de nouvelles observations dans mon service et pratiqué des autopsies. Mais tout cela reste encore à l'état de notes. Espérons qu'un jour ce petit chapitre de pathologie chirurgicale sera écrit par quelqu'un de mes élèves, sinon par moi-même.

PRONOSTIC DE L'ÉRYSIPÈLE

Ce chapitre serait à refaire, car tel qu'il est écrit dans les classiques il est rempli d'erreurs et de confusions. Il faut d'abord combattre résolument cette opinion trop accréditée que l'érysipèle n'est point grave par lui-même, qu'il n'entraîne jamais la mort, et que celle-ci, quand elle survient, est due exclusivement à des complications. Toutes ces assertions sont banales et pourraient aussi bien s'appliquer à une foule de maladies infectieuses : rougeole, scarlatine, variole, malaria, pneumonie, bronchite, etc., qui ne tuent guère quand elles ne compliquent pas d'autres états pathologiques antérieurs, ou ne sont pas compliqués par diverses affections surajoutées ou intercurrentes.

Il faut également protester contre le préjugé qui attribue une gravité relativement grande à l'érysipèle traumatique ou chirurgical, et une bénignité presque absolue à la variété dite spontanée ou médicale. A défaut d'autres preuves, on pourrait invoquer déjà les statistiques des hôpitaux de Londres, rappelées par M. Petit dans un précédent article (Voir p. 697). A la vérité, on n'a jamais vu dans les services de médecine mourir 55 p. 100 d'érysipèles de la face ; mais si dans ces mêmes services on comptait la mortalité survenue chez les cardiaques, les albuminuriques, les diabétiques, les typhiques atteints d'érysipèle ultime ou intercurrent, on arriverait à un total assez important.

Les médecins éludent la difficulté en disant qu'il s'agit d'érysipèles secondaires dont ils reconnaissent l'extrême gravité, laquelle du reste s'explique, puisque dans ces cas l'érysipèle se greffe sur des états pathologiques antérieurs.

Lorsque l'érysipèle ravageait nos salles de chirurgie et faisait de nombreuses victimes ; lorsque par exemple M. Desprès signalait

35 morts sur 63 cas à la Charité, dans le service de Velpeau, et 6 sur 13 à l'hôpital des Cliniques, dans le service de Nélaton ; lorsqu'en trois ans M. Gosselin perdait 31 malades sur 133, le pronostic était à bon droit regardé comme fort grave. Cependant, à côté des cas sérieux, on en observait de bénins et de passagers qui n'inspiraient pas grande crainte.

Ces différences, qui rendaient si difficile à prévoir l'issue du mal, me frappèrent de longue date et je me mis à en chercher les causes. Je reconnus bientôt que la léthalité dépendait surtout de deux conditions : la constitution des sujets atteints d'une part, et de l'autre la forme sporadique, endémique ou épidémique de la maladie.

Ces remarques à coup sûr n'étaient rien moins que neuves, tous les auteurs ayant signalé la gravité considérable de l'érysipèle chez les sujets cachectiques et affaiblis par la maladie ou la misère, et la mortalité souvent excessive en temps d'épidémie ; mais il convenait de pénétrer plus profondément dans le sujet et de donner surtout plus de précision au pronostic pour chaque cas particulier.

Incriminer exclusivement l'état cachectique et la faiblesse constitutionnelle, serait commettre une double erreur, parce qu'on voit : 1° l'érysipèle frapper très légèrement, impunément même des enfants scrofuleux, chétifs, des femmes pâles et anémiques et enfin des phthisiques atteints d'affections osseuses ; 2° ce même érysipèle, au contraire, enlever en quelques jours avec des symptômes ataxiques ou adynamiques formidables des hommes jeunes, taillés en athlètes et prétendant n'avoir jamais été malades.

Au temps de mon prosectorat, j'avais donné des soins à un de mes élèves, jeune docteur de trente ans, d'une vigueur peu commune, qui venait d'être pris d'un érysipèle de la face. Je rassurai tout d'abord sa famille, mais bien à tort, car dès le lendemain, avec l'envahissement soudain du cuir chevelu, survenaient un délire furieux et une fièvre intense qui causèrent la mort en trois jours. J'appris qu'ayant séjourné en Afrique, ce pauvre garçon avait contracté l'usage de l'absinthe dont il faisait encore grand abus[1].

Ce fait malheureux, et d'autres après lui, me firent énoncer cette proposition que la gravité de l'érysipèle était en raison directe de l'état des viscères, le foie et le rein en particulier, si souvent altérés chez les sujets atteints d'alcoolisme chronique.

Depuis cette époque, je n'ai fait que me confirmer dans l'opinion

1. Cas déjà cité dans mes *Mémoires de chirurgie*, t. III, p. 337, en note.

que l'état des organes internes domine de haut le pronostic de l'érysipèle ; aussi, en ville ou à l'hôpital, je rassure les parents ou les élèves lorsqu'une attaque survient chez un sujet dont j'ai auparavant ou au moment même constaté l'intégrité viscérale. En revanche, je manifeste les craintes les plus grandes, quelles que soient les apparences extérieures, quand je constate l'existence d'une tare organique manifeste : alcoolisme, diabète, albuminurie, leucocythémie, affection hépatique ou cardiaque, gravelle urique ou biliaire, cancer viscéral, paludisme invétéré, etc. Dans ces conditions organiques défectueuses, la lymphangite elle-même présente une gravité particulière, eut-elle pour point de départ une blessure tout à fait insignifiante.

M. Jalaguier, l'un de nos jeunes chirurgiens des hôpitaux que j'ai eu pour interne, a confirmé pleinement ces données dans sa thèse sur la lymphangite aiguë à forme gangréneuse. « Ordinairement, dit-il (p. 48), les malades chez lesquels une lymphangite devient gangréneuse, présentent un mauvais état constitutionnel. »

Sur douze des sujets dont il rapporte l'observation, dix étaient des alcooliques endurcis. D'autres auteurs, Berger, Rose, Broca, avaient insisté déjà sur la marche grave que revêt l'érysipèle chez les buveurs.

On trouvera dans les travaux de mes élèves Péronne, Longuet, Leneveu, Bruchet, des faits à l'appui de cette opinion, que MM. Révouy et Maldant, comme on a pu le voir plus haut (p. 630), ont surtout soutenue à propos des maladies des voies urinaires.

Nous reproduirons plus loin quelques observations succinctes qui confirment encore ces vues.

Mais il ne faut rien exagérer, et si dans la terminaison des maladies infectieuses le *terrain* joue un rôle considérable, la *graine* revendique aussi sa part, de sorte qu'en certains cas ses qualités et quantité décident du sort des malades. A priori la chose est évidente : lorsque autrefois, dans certaines salles et dans certains services, il mourait un érysipélateux sur trois, on ne saurait admettre que toutes les victimes aient été nécessairement alcooliques, albuminuriques, diabétiques, graveleuses, etc. J'ai d'ailleurs parfaitement souvenir d'avoir vu jadis mourir d'érysipèle des sujets jeunes, vigoureux, sans maladie organique antérieure quelconque[1]. D'où je conclus que l'érysipèle peut enlever des blessés exempts avant la blessure de toute tare organique sérieuse. A la vérité, ces désastres

1. Voir entre autres l'observation d'un jeune homme mort rapidement d'un érysipèle de la face avec congestion pulmonaire, in *Gaz. hebd.*, 1869, p. 677.

s'observaient surtout soit dans la période épidémique, soit dans certains hôpitaux où l'endémie était si intense qu'elle atteignait presque les proportions de l'épidémie, comme à la Charité, service de Velpeau, en 1862; d'où cette conclusion que si nous ne pouvons pas grand'chose pour modifier le terrain, nous devons au moins nous efforcer d'atténuer la puissance de la graine ou en diminuer la quantité, en faisant disparaître non seulement les épidémies, mais encore l'endémie, et en rendant de plus en plus rares les cas sporadiques eux-mêmes.

J'ai recueilli à la Pitié la preuve de l'augmentation de l'intensité du poison avec la multiplication des cas. En effet, en 1880, j'ai observé à ma salle des femmes une petite épidémie bien circonscrite, puisqu'elle ne compta que quatre cas[1]; sur ce nombre cependant deux malades moururent, dont l'une ne présentait pas à l'autopsie ces lésions anciennes qui nous consolent de nos revers opératoires. J'ai la persuasion que cette malade, sporadiquement atteinte, n'aurait pas succombé.

Ce qui me fait encore croire à l'amélioration du pronostic par atténuation du poison, c'est la différence considérable que présentent les cas actuels comparés aux cas d'autrefois, en ce qui touche la durée et l'intensité des symptômes. Jadis, entre les cas légers et les cas mortels, s'interposaient les cas graves se terminant quelquefois néanmoins par la guérison. Cette troisième catégorie n'existe pour ainsi dire plus : un érysipèle éclate chez un de nos opérés ou de nos blessés, j'examine l'état organique ; si les grands viscères sont sains, en quatre ou cinq jours en moyenne tout est fini; dans le cas contraire, la mort survient au bout d'un septénaire environ, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, mais la condamnation est en général sans appel.

Il y a vingt ans, quand l'agent toxique se trouvait être fort énergique, il foudroyait les organismes débilités, mais rencontrait parfois une grande résistance chez les sujets robustes et sains, dont quelques-uns guérissaient après dix, quinze, vingt jours de lutte.

Au reste, ce que je dis là de l'érysipèle est bien connu déjà de toutes les autres maladies sporado-endémo-épidémiques, dont la gravité croît suivant que les cas sont plus nombreux dans un lieu et dans un temps donnés.

J'en pourrais rester là, s'il n'y avait pas lieu d'introduire dans cette

1. Voir plus haut, p. 567.

question du pronostic un troisième facteur : je veux parler de l'adjonction au poison érysipélateux, microbe ou ptomaïne, peu importe, d'un autre poison pénétrant dans l'économie par la même voie, et agissant en commun pour l'œuvre de destruction.

Une plaie servant de porte d'entrée admettrait simultanément ou successivement deux poisons dont les effets s'associant feraient naître des affections complexes, hybrides, participant aux caractères des deux genres morbides, mais en différant par la marche, la physionomie, et surtout le pronostic; ainsi naîtraient ce qu'on appelle les formes des maladies.

Pour appliquer ces données à l'érysipèle, au lieu d'admettre comme nos prédécesseurs un érysipèle simple, un érysipèle phlegmoneux, un érysipèle gangréneux, il faudrait dire que de trois sujets ainsi atteints, le premier n'a reçu que le microbe érysipélateux , le second les microbes érysipélateux et pyogénique, le troisième le microbe de l'érysipèle et celui de la gangrène. Cette hypothèse a été soutenue avec talent par mon excellent collègue et ami le professeur Cornil lors de la dernière discussion académique, et j'avoue qu'elle m'a paru très acceptable.

En résumé, le pronostic de l'érysipèle dépendrait :

1° De l'intensité, de l'énergie et peut-être de la quantité du poison ;

2° De la combinaison, de l'association de ce dernier avec d'autres agents infectieux ;

3° Des complications qu'il fait naître dans les organes essentiels à la vie : néphrite, pneumonie, métro-péritonite érysipélateuse, etc.;

4° Des états morbides antérieurs du sujet, dyscrasies ou lésions viscérales plus ou moins graves.

Voici maintenant quelques observations inédites, qui viennent à l'appui des propositions précédentes.

Obs. I.—*Cancer ano-rectal. Rectotomie linéaire. Érysipèle. Mort*[1].

L. M..., cinquante-quatre ans, blanchisseuse, entre à la Pitié le 30 septembre 1878, salle saint Augustin, n° 11, pour un cancer du rectum obstruant la cavité de l'intestin dans une étendue considérable, car l'index ne peut en atteindre les limites supérieures ; ténesme continuel, phénomènes de rétention, douleurs vives, perte d'appétit, apparence de cachexie commençante.

Le 8 novembre, rectotomie linéaire palliative avec le thermocautère. Malgré mes efforts pour dépasser en haut la région rétrécie,

1. Cette observation a été indiquée sommairement à la page 566, n° 8.

je dus laisser un anneau néoplasique d'au moins deux ou trois centimètres.

En conséquence, et pour assurer l'issue des gaz et des matières, je plaçai dans cet anneau et remontant à plusieurs centimètres dans le rectum, une sonde de caoutchouc rouge de dix millimètres de diamètre; — expédient indispensable dans le cas actuel et que je n'adoptais qu'à contre-cœur, parce que je suis très opposé à l'emploi des corps étrangers dans les plaies récentes. Opérant dans une cavité remplie de matières septiques, je m'attendais au développement d'une fièvre subite par auto-inoculation. En effet la température dans la soirée même atteignait 40 degrés.

Le lendemain, continuation de la fièvre; plaie douloureuse, à bords tuméfiés; facies pâle, terreux; malaise général. Le 10 au matin, on constate l'existence d'un érysipèle qui a envahi le pourtour de la plaie et surtout la fesse droite tout entière. L'état général reste mauvais. Température à 40°, anorexie complète; constipation, ballonnement du ventre, qui cependant reste indolent; adynamie marquée.

Le 13, même état fâcheux, extension de l'érysipèle.

Le 15, pas d'évacuation; langue sèche, soif ardente, facies ictérique ; subdélirium.

Mort le 17.

A l'autopsie, nous reconnûmes que le cancer remontait en effet à 2 centimètres au-dessus de l'extrémité supérieure de la plaie faite par la rectotomie. L'S iliaque et le colon ascendant étaient encombrés de matières fécales très consistantes; point de pyohémie, aucune suppuration dans le petit bassin ou dans le péritoine ; en revanche, adhérences fortes, anciennes et nombreuses, indiquant une phlegmasie antérieure violente de la séreuse. Le foie lui-même adhérait solidement au diaphragme.

C'est pour la quatrième fois que je constate les traces d'une ancienne péritonite généralisée chez des sujets morts à la suite des opérations suivantes : castration; hernie crurale étranglée fort simple, opérée en temps opportun ; polype utérin, et enfin rectotomie. Je crois pouvoir en conclure que cette lésion de la séreuse aggrave considérablement le pronostic des traumas. Je dois ajouter que tous ces sujets, affectés de péritonite et de péri-hépatite, avaient le foie atteint de stéatose très développée; ce qui peut expliquer la gravité de la complication.

Obs. II. — *Fracture de la rotule droite avec légères écorchures. Application d'un appareil; réouverture des petites plaies. Lymphangite; érysipèle. — Mort*[1].

Eugène M..., trente-sept ans, maigre et se disant bien portant, tombe le 25 octobre 1878 sur le genou droit et se fracture la rotule par cause directe. Dans sa chute, il se fait deux érosions cutanées sur les côtés du genou.

On place le membre dans une gouttière et on applique des compresses résolutives sur le genou. Épanchement considérable, ecchymose étendue; on attend quelques jours que le genou soit dégonflé et les petites plaies guéries. Le 10 novembre, on emploie pour appareil deux plaques de gutta-percha rapprochées avec un tube de caoutchouc. Le lendemain, le malade se plaint de vives douleurs, dues, d'après lui, à une constriction trop forte de l'appareil. Celui-ci enlevé, on constate que la petite croûte d'une des écorchures a été arrachée et que toute la région est gonflée, rouge, douloureuse; de longues traînées partent de la plaie et s'étendent à la face interne de la cuisse jusqu'à la région inguinale, dont les ganglions sont engorgés et douloureux.

État général grave, prostration, soif vive, langue sèche et noirâtre, subdélirium; température 39 degrés.

On place de nouveau le membre dans une gouttière et on fait de larges onctions avec l'onguent napolitain belladoné. Cataplasmes, purgatif, vin de quinquina, potion de Todd.

Malgré tout, la lymphangite continue sa marche, envahit toute la cuisse, sans former d'abcès, mais prend la forme érysipélateuse et présente des taches livides, comme hémorrhagiques. Délire bruyant, agitation continuelle, comme en ont les ivrognes. Mort le 14.

A l'autopsie, nous reconnaissons les lésions types de l'alcoolisme dans les reins et le foie.

Obs. III. — *Anthrax, érysipèle, pneumonie ultime; lithiase biliaire et rétention de la bile*[2].

Suzanne Th..., soixante-huit ans, d'apparence cachectique, venue du dehors le 28 octobre 1880, avec un anthrax de la nuque déjà ouvert et qu'on se contente de traiter par les pansements antiseptiques. Les choses allèrent bien d'abord et la plaie entra en voie de cicatrisation. Elle semblait même presque guérie lorsque le 12 novembre éclatèrent des phénomènes généraux graves : fièvre, respi-

1. Observation déjà indiquée, p. 566, n° 9.
2. Observation déjà indiquée, p. 567, n° 4.

ration fréquente, rougeur des pommettes, sécheresse de la langue, adynamie, etc. Nous crûmes successivement à une pneumonie et à une néphrite sénile. L'auscultation attentive et l'examen des urines ne justifièrent point ces soupçons. Le 14, on constata l'existence d'un érysipèle (il n'y en avait pas d'autres dans la salle) parti des bords de la plaie de la nuque. La rougeur était peu marquée et sans limites nettes; point de bourrelet, point de tuméfaction. Malgré tous nos soins, l'éruption s'étendit au tronc et au cuir chevelu, toujours accompagnée de phénomènes typhiques. Le 26, tout avait presque disparu, mais cette fois nous reconnûmes manifestement une pneumonie à la base du poumon gauche.

Mort le 30 novembre.

A l'autopsie, nous recherchâmes avec soin et conformément à nos opinions une lésion viscérale ancienne, sans compter la pneumonie terminale évidemment secondaire; les reins étaient un peu séniles, mais en somme assez sains. La tare était au foie.

La vésicule biliaire renfermait deux énormes calculs; le canal cholédoque de son côté était obstrué par d'autres concrétions assez volumineuses qui le distendaient et entravaient l'écoulement de la bile, comme l'attestait la dilatation générale de tous les canaux biliaires, très facile à constater sur les coupes du foie.

Obs. IV. — *Cancer du sein. Ablation et curage de l'aisselle. Alcoolisme probable. Altérations latentes du rein et du foie. Oligurie persistante et oxalurie. Subdélirium urémique. Érysipèle au vingtième jour. Mort le vingt-huitième*[1].

Victoire P..., cinquante-trois ans, grande, grosse, de vigoureuse apparence, entre à la Pitié le 5 janvier 1885. Père rhumatisant, mort à soixante-quinze ans; mère morte à quatre-vingt-trois ans. Elle affirme s'être toujours bien portée et n'accuse qu'un peu de bronchite chronique avec emphysème. Ménopause à quarante-neuf ans, sans accident particulier.

Elle porte depuis quatre ou cinq mois, à son dire, une tumeur au sein droit. La glande, assez volumineuse d'ailleurs, est envahie presque tout entière. La peau est adhérente, le mamelon rétracté. La masse glisse cependant sur le grand pectoral. Dans l'aisselle, ganglions petits, mais nombreux.

Je ne vois pas de contre-indication opératoire locale ni générale. Toutefois l'examen des urines, fait avec le plus grand soin par M. Béhal, m'inspire quelque préoccupation.

1. Cas publié dans les *Archives gén. de méd.*, sept. 1885, p. 347.

Voici le résultat de l'analyse du 7 janvier :

Quantité totale en vingt-quatre heures, 380 centimètres cubes. Urine trouble, très acide, densité 1,027 ; ni albumine ni sucre. Diminution considérable de l'urée ; les 380 centimètres rendus n'en renferment que $5^{gr},35$. Au microscope, cristaux d'urate de soude et d'acide urique. Oxalate de chaux en abondance. Rares leucocytes.

Les jours suivants, 8 et 9 janvier, la quantité d'urine reste toujours inférieure à la moyenne.

Opération le 10 janvier : ablation de toute la mamelle avec son tégument et l'aponévrose du grand pectoral. Curage très soigné de l'aisselle. La veine axillaire est dénudée dans une certaine étendue, mais non blessée. Pansement ouvert avec l'iodoforme et l'ouate hydrophile maintenus par un bandage de corps.

La malade avait été difficile à endormir et s'était beaucoup agitée. Nous la soupçonnons d'être alcoolique.

La première journée se passe assez bien. Température, le soir $37°,6$; un peu d'agitation ; nulle douleur ; quelques nausées.

Le 11. On laisse en place le premier pansement ; la malade se trouve bien. Température le matin, $38°,5$; le soir, $38°,7$; le 12 au matin, $37°,2$; peau fraîche, pouls petit. En revanche, je constate un état fâcheux de la langue, laquelle est mince, sèche sur la ligne médiane, rouge sur les bords. Je reconnais aussitôt la *langue rénale*. La palpation des régions lombaires confirme bientôt mon diagnostic. En effet, la pression exercée sur les reins provoque une douleur vive, surtout à gauche. De plus, la malade a vomi à plusieurs reprises dans le cours de la nuit précédente. L'urine, en quantité toujours faible, atteignant à peine 350 centimètres cubes, fait jaunir la liqueur de Fehling, mais ne réduit pas le sel de cuivre ; elle ne renferme pas d'albumine. Soif vive, anorexie absolue. On prescrit le régime lacté avec un peu de bicarbonate de soude.

Le 13. Température du matin, $37°,4$; du soir, $38°,5$. Renouvellement du pansement. La plaie commence à se déterger ; elle présente seulement quelques sugillations et quelques petites hémorrhagies capillaires. Point de douleur, de rougeur, ni de gonflement des bords. On remet une couche légère d'iodoforme. Langue rouge, sèche. Le lait n'est point toléré et on ne sait comment calmer la soif, les tisanes ordinaires étant vomies. Une nouvelle analyse complète de l'urine donne 660 centimètres cubes pour les dernières vingt-quatre heures. Densité 1,026 ; $17^{gr},50$ d'urée. Point de sucre, léger nuage d'albumine. Cristaux d'urate de soude très abondants.

Je propose comme tisane une infusion de thé léger et un peu de

vin blanc coupé de deux tiers d'eau. A cette dernière proposition la face de la malade s'épanouit, ce qui me confirme dans le soupçon d'intempérance antérieure.

Le 14. Amélioration légère de tous les symptômes. On signale cependant une insomnie persistante et de l'agitation nocturne pour lesquelles je prescris le chloral.

Le 15. Sans cause connue, le thermomètre monte le soir à 39°,2. Cette élévation de la température s'était déjà montrée du reste le 11 et le 13; elle devait se manifester encore le 17 et le 20. Dans l'intervalle, la température oscillait entre 37 et 38 degrés.

Les douleurs rénales paraissent et disparaissent; la langue est tantôt humide, tantôt sèche; appétit à peu près nul. Constipation, purgatif; le lait est pris en certaine quantité et mieux toléré. Les urines restent rares; la quantité rendue en vingt-quatre heures varie entre 400 et 500 centimètres cubes. On continue la révulsion sur les régions lombaires avec les sinapismes et les ventouses. La plaie, tout à fait indolente, a bel aspect; elle suppure très abondamment, mais n'exhale pas d'odeur fétide.

Le 21. La température tombe à 37°, et jusqu'au 29, reste à la fois basse et régulière, oscillant à peine d'un demi-degré du matin au soir. La plaie se rétrécit notablement et se recouvre de granulations de belle apparence.

J'avais porté dès le deuxième jour, en constatant la lésion rénale, un pronostic fâcheux; cependant, arrivé au dix-neuvième jour, l'apyrexie, l'état local satisfaisant, le retour d'un peu d'appétit, et l'extrême placidité de la malade qui était toujours contente, auraient pu me rassurer si je n'avais pas vu une menace continuelle dans l'oligurie persistante, car pendant trois jours, il fut rendu à peine de 350 à 450 grammes d'urine, et plus encore dans un subdélirium apyrétique tranquille le jour, beaucoup plus turbulent la nuit; délire par suite duquel la malade se découvre et dérange à chaque instant son pansement.

Le 25. Ces symptômes prennent une intensité inquiétante. A un abattement assez profond avec affaissement de l'intelligence, succède un délire violent; on est forcé de garnir le lit avec des planches latérales. La température descend ce jour-là à 36°,6. La révulsion énergique sur la peau des membres et le chloral à doses assez fortes ramènent le calme. Un matin, un peu de dyspnée et une coloration bleuâtre des pommettes me firent craindre une affection pulmonaire; mais l'auscultation ne constata rien de manifeste. Du reste, tout avait disparu le lendemain.

La malade pâlit et maigrit sensiblement.

Le 29. Pendant la nuit, nouvel accès de délire violent. Le 30, au matin, on trouve le pansement arraché ; la plaie, entièrement à nu, saigne légèrement en plusieurs points par suite des mouvements désordonnés et du frottement des draps. Le soir même, la température monte subitement à 39°, 4; le lendemain matin nous reconnaissons un érysipèle parti du pourtour de la plaie et qui le soir même s'étend en arrière sur la paroi thoracique postérieure. On institue la pulvérisation phéniquée et, comme il y a de la constipation, on prescrit un purgatif.

Le 31. Extension de l'érysipèle sur toute la circonférence de la plaie. Celle-ci a mauvais aspect; elle est sèche, livide en certains points et grisâtre en d'autres. On continue la pulvérisation phéniquée. La fièvre est vive, le délire persiste, la langue se sèche de nouveau et les urines contiennent une quantité d'albumine qui, sans être très grande, est cependant plus considérable que jamais. Au microscope, M. Nepveu trouve des cylindres épithéliaux en quantité notable, indiquant nettement la néphrite parenchymateuse. Les jours suivants l'état reste le même. La quantité des urines semble diminuer encore, 150 à 200 grammes, ce qui est dû peut-être à ce que la malade urine involontairement.

La peau étant sèche ainsi que la langue, j'essaie, fort empiriquement j'en conviens, et à cause de quelques succès obtenus antérieurement en cas d'érysipèle d'une part et de néphrite de l'autre, l'administration du jaborandi et les injections hypodermiques de pilocarpine. Le médicament employé sous ces deux formes pendant quarante-huit heures reste absolument sans effet; à peine provoque-t-il une transpiration passagère. J'employai tout aussi inutilement pendant plusieurs jours la révulsion à l'aide de larges badigeonnages iodés répétés matin et soir sur les membres inférieurs.

Jusqu'au 3 février l'érysipèle s'étend dans tous les sens, modérément à la vérité, et en conservant ses caractères types : bourrelet saillant, jaunâtre, sensibilité au toucher, etc. La température oscille toujours entre 38° et 39°,5.

Le 4. Elle descend un peu, et l'éruption cutanée tend à s'éteindre. La plaie présente assez belle apparence; elle est redevenue d'un rose uniforme et fournit un pus assez louable.

Malheureusement les symptômes cérébraux et l'état des reins ne se modifient point. Le 5 février, la température descend encore au-dessous de 37°, ce qui me paraît de très mauvais augure. Le 6 au matin, elle est à 36°,5. Délire continu, pouls très fréquent, facies

violacé; refroidissement des extrémités. Le soir le thermomètre est à 41°. Mort à huit heures, dans le coma.

Cette observation confirme d'abord, comme nous le soutenons depuis longtemps, la gravité exceptionnelle de l'érysipèle chez les sujets atteints de propathies rénales. Dès le troisième jour, nous portions un pronostic grave, lorsque nous constatâmes la sécheresse de la langue sur la ligne médiane, et la douleur à la pression sur la région des reins; alors surtout que nous savions que la malade urinait peu d'ordinaire, et que l'examen chimique nous avait révélé une grande proportion d'urate de soude et surtout d'oxalate de chaux.

Les chirurgiens, moi le premier, ne savent pas grand'chose sur la signification exacte de l'oxalurie comme élément du pronostic chirurgical, mais je suis porté à croire que l'apparition de ce principe dans l'urine est l'indice d'une nutrition mauvaise, défavorable par conséquent au travail réparateur. Il suffit de rappeler qu'en certains pays paludiques, l'oxalurie semble remplacer la glycosurie, pour comprendre l'importance qu'il faut accorder à cette dyscrasie.

Mes appréhensions du début étaient d'autant plus légitimes que malgré tout ce que j'ai pu faire: révulsion rénale, régime lacté et alcalin, la néphrite a toujours persisté, révélée d'abord par l'oligurie persistante, puis par l'albuminurie légère et par l'expulsion de cylindres épithéliaux; enfin, par les irrégularités du pouls et les phénomènes psychiques.

Qu'on me permette d'insister quelque peu sur ces deux points.

Avec le pansement antiseptique ouvert, on peut avoir, et on a, de temps à autre, un mouvement fébrile, mais la cause n'en reste pas longtemps obscure : une petite fusée purulente, la rétention du pus dans l'aisselle, une lymphangite, une adénite, etc., sont vite reconnues. D'ailleurs, la fièvre ne s'éternise pas; mais si on voit le thermomètre monter de temps à autre sans cause externe appréciable, il faut se rappeler ce qu'on observe si souvent dans les maladies chroniques des voies urinaires, c'est-à-dire les oscillations fréquentes et pseudo-périodiques de la température. Alors on songe à examiner les reins et les urines. Rien que par le tracé des dix premiers jours, indiquant une ascension les 11, 13, 15, 17 et 20, j'aurais soupçonné quelque lésion rénale.

Les phénomènes psychiques n'étaient pas moins significatifs. J'ai dit plus haut que l'opérée était probablement intempérante, mais je reconnais cependant qu'elle n'a pas, au début du moins, été atteinte de *delirium tremens* vrai. Elle avait seulement l'agitation légère,

l'insomnie et cette placidité inébranlable que je redoute fort chez mes opérés. Bien avant l'invasion de l'érysipèle, lequel n'a jamais atteint le cuir chevelu ni la face, et qui n'a jamais occupé, d'ailleurs, une étendue bien considérable, le délire, l'agitation, s'étaient manifestés. Il fallait les rapporter d'autant plus à l'état des reins que pendant huit jours consécutifs, du 21 au 29, la température restant près de 37°,5, excluait toute idée de délire septicémique.

On se rappelle que pendant les premiers jours, voulant faire l'essai comparatif du pansement ouvert humide et du pansement ouvert sec, j'avais employé l'iodoforme en poudre. Mais ce médicament, ayant quelquefois provoqué des troubles intellectuels, fut suspendu vers le dixième jour, dès que l'agitation nocturne et le subdélirium furent signalés. Je repris l'acide phénique, antiseptique dont je me sers habituellement, et néanmoins les symptômes cérébraux continuèrent.

Le dix-neuvième jour de l'opération, après une nuit plus agitée que les autres, se déclare un érysipèle par le mécanisme de l'auto-inoculation, que j'ai décrit jadis et qui joue un si grand rôle dans la pathogénie, érysipèle qui amena naturellement une aggravation de tous les phénomènes généraux et précipita le dénouement, sans acquérir toutefois par lui-même ni grande étendue, ni intensité insolite.

Et maintenant, si nous voulons utiliser ce cas pour rechercher les causes de la mort, nous sommes dans un embarras qui se rencontre tous les jours dans la pratique. En effet, la malade avait à son passif morbide : le cancer, l'alcoolisme, les lésions hépatiques et rénales, comme propathies. Le traumatisme intervient, et peu de temps après, une maladie infectieuse se surajoute, venant du milieu ambiant et pénétrant dans l'économie par la plaie.

On ne saurait soutenir que la mort est due au cancer, pas plus, du reste, qu'à l'alcoolisme. La cirrhose et la néphrite constatées à l'autopsie eussent sans contredit, à défaut d'autres causes de destruction, abrégé l'existence de Victoire P..., comme de tout autre sujet intempérant; mais sans l'ablation du sein, cette femme serait encore en vie aujourd'hui.

L'opération et l'érysipèle semblent donc partager la responsabilité de la mort. La plaie d'extirpation était grande, mais elle n'intéressait aucun organe important. L'hémorrhagie primitive avait été insignifiante; la fièvre traumatique était restée des plus bénignes. De ce côté je n'ai jamais eu d'inquiétude, et j'affirme que l'ablation de la tumeur n'a point causé directement la mort.

La première inquiétude m'a été inspirée par les symptômes sur-

gissant du côté des reins. L'opération avait aggravé la propathie rénale, comme c'est la règle en pareil cas. A deux ou trois reprises, la thérapeutique dirigée de ce côté : révulsion lombaire, boissons alcalines, régime lacté, avait amélioré l'état; mais l'oligurie et les désordres cérébraux ne cédèrent jamais. L'urémie a persisté, lente, mais continue. Aurait-elle cédé à la longue? La guérison du trauma aurait-elle pu s'achever en dépit d'elle? Je l'ignore. Je sais bien qu'on guérit tous les jours des blessés et opérés atteints d'affections rénales plus ou moins anciennes; mais je sais aussi que le pronostic, en pareil cas, est toujours fort incertain. A mon sens, la combinaison du trauma avec les dyscrasies créées par l'état des reins et du foie aurait pu faire périr l'opérée, mais je ne saurais dire ni quand, ni comment.

Reste l'érysipèle. Il y a vingt ans, et peut-être encore aujourd'hui, là où n'ont pas pénétré les lumières de la pathologie générale, on aurait intitulé simplement l'observation précédente : *cancer du sein; extirpation; érysipèle; mort.* Et dans les relevés statistiques on aurait encore simplifié la chose en inscrivant : *érysipèle traumatique; mort.* L'érysipèle, en un mot, eût été déclaré le grand coupable. Or, je ne conteste point le rôle funeste qu'il a joué dans le drame pathologique actuel, mais je pense qu'il n'a point agi sans complices, et je mets *complices* au pluriel.

La blessure d'abord lui a ouvert les portes de l'organisme. Si celui-ci eût été sain et exempt de tare viscérale, il eût momentanément reçu et logé le poison, mais n'eût pas tardé à l'expulser, et au bout de quelques jours tout serait rentré dans l'ordre. Malheureusement, soit que les fluides organiques de l'opérée se soient prêtés à la culture des germes érysipélateux, soit que les émonctoires hépatiques et rénaux n'aient pu éliminer le poison, la toxémie a fait des progrès jusqu'à la mort inclusivement.

L'érysipèle, s'il a porté les derniers coups, a eu du moins pour complices : 1° le cancer, qui a nécessité l'opération; 2° l'alcoolisme, qui a altéré les viscères; 3° la cirrhose et la néphrite, qui ont amené une dyscrasie fâcheuse; 4° le trauma, qui a provoqué les manifestations de cette dyscrasie du côté des centres nerveux et de l'excrétion urinaire; 5° le même trauma, qui a ouvert la porte à la maladie infectieuse; 6° la même dyscrasie, qui a diminué la résistance de l'organisme contre cette infection surajoutée.

Comme pareille complexité existe dans un grand nombre de cas terminés par la mort, on conviendra aisément avec moi qu'il est bien temps d'aborder les études thanatogéniques.

Obs. V. — *Paludisme. Alcoolisme. Complications thoraciques. Érysipèle intercurrent. Mort*[1].

Antoine O..., quarante-neuf ans, jardinier, en Algérie depuis vingt-cinq ans, entre à l'hôpital de Sétif le 24 août 1880.

Antécédents palustres marqués, alcoolisme notable, pneumonie en janvier 1880.

Malade depuis douze jours, renseignements insuffisants; insomnie, agitation, délire, hallucinations de la vue; fièvre, toux, expectoration spumeuse ou visqueuse, teintée de sang, purulente dans les derniers jours, signes d'induration au sommet droit, et de pleurésie à gauche en arrière.

Le 12 septembre. Érysipèle parti des narines, gagnant les joues le 13, s'étendant lentement au front les 15 et 16, s'effaçant le 18. Entre temps, le 14 septembre, apparition aux épaules de plaques érysipélateuses isolés.

Aggravation de l'état général : mort le 19 septembre.

Autopsie. Cadavre émacié, noyau d'hépatisation au sommet du poumon droit, emphysème disséminé, congestion généralisée en arrière. A gauche et en arrière, les feuillets de la plèvre sont épaissis et séparés par une petite couche d'exsudat semblable à de la gelée.

Cœur un peu gros.

Foie congestionné, granuleux, pesant 2k, 250, et présentant des traces de périhépatite.

Rate augmentée de volume; poids 360 grammes, très ferme à la coupe; périsplénite disséminée.

Reins congestionnés.

Muqueuse de l'estomac épaissie.

Obs. VI. — *Paludisme. Anthracosis ancienne. Érysipèle de la tête et du dos consécutif à une lésion chirurgicale; guérison. Pneumonie, nouvel érysipèle. Mort.*

Guillaume P..., trente-huit ans, entre à l'hôpital de Sétif le 12 novembre 1881.

Ancien mineur : colon en Algérie depuis deux ans; habite une campagne malsaine; atteintes répétées de paludisme.

Au commencement de septembre 1881, il est opéré à l'hôpital d'une loupe au cuir chevelu par le caustique de Vienne. Il sort le 23 septembre avec une plaie à peu près cicatrisée.

1. Nous devons les observations suivantes à l'obligeance de M. le Dr Sorel, médecin major, que nous ne saurions trop remercier du précieux concours qu'il nous a prêté pour la défense de nos opinions.

Il revient à l'hôpital le 30, avec un érysipèle qui, parti le 24 de la plaie, s'étend à toute la tête, gagne la nuque, le dos jusqu'aux lombes et le bras droit et se termine le 14 octobre. Le malade sort le 17 octobre.

P... entre de nouveau à l'hôpital le 12 novembre 1881, fatigué par un hoquet qui date du 9 et ne cède que le 18 aux injections morphinées et au chloral.

Submatité et râles bulleux au poumon droit en arrière, expectoration spumeuse ou muco-purulente.

Le 25 novembre, fièvre vive, devenant sub-continue, matité, râles et bientôt souffle à droite dans les fosses sus et sous-épineuses; expectoration pneumonique le 29.

En même temps, un érysipèle nait autour des narines, gagne les joues le 26, se limite à la face, et s'efface le 30 au matin.

Mort le même jour dans l'après-midi.

Autopsie. Adhérences pleurales très étendues à droite, occupant aussi la face diaphragmatique; pneumonie diffuse passant à l'hépatisation grise dans les lobes supérieurs et moyens en arrière.

Le parenchyme pulmonaire, surtout du côté droit, est coloré en noir par de fines granulations anthracosiques; leur agglomération sous la plèvre fait un léger relief.

Rien au *foie.*

Rate un peu volumineuse, étalée, sans traces de péri-splénite, et de consistance normale.

Dans les deux cas qui précèdent, l'érysipèle paraît comme épiphénomène ultime, car les malades eussent succombé certainement, même sans l'aggravation qu'il apportait. Dans les deux cas suivants, au contraire, l'érysipèle a été la cause active de la mort. Mais on peut se demander, surtout pour le premier, si ce n'est pas l'addition d'éléments septicémiques secondaires qui a fait la gravité de l'érysipèle et entraîné la mort.

Obs. VII. — *Fièvre typhoïde régulière. Érysipèle au moment de la défervescence, sphacèle de la peau. Mort.*

Charles B..., vingt-trois ans, soldat au 47e de ligne, entre le 25 septembre 1881 à l'hôpital de Sétif, au huitième jour d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité qui évolue normalement; défervescence au vingtième jour, le 7 octobre.

Le lendemain 8 octobre, dans la journée, nouvelle ascension fébrile; tache érysipélateuse à la racine du nez, qui s'étend à la face

et gagne le cuir chevelu ; le 12, sphacèle qui débute à la partie supérieure droite du front, gagne bientôt le cuir chevelu, et descend vers la tempe et le pavillon de l'oreille gauche. Œdème des régions parotidienne et cervicale du même côté.

Délire, mort le 14 octobre.

A *l'autopsie,* lésions intestinales de la fièvre typhoïde en voie de réparation. Rien de notable d'autre part.

Obs. VIII. — *Fièvre typhoïde grave. Érysipèle. Glossite. Mort.*

Armand L..., vingt-trois ans, sapeur-pompier, entre le 28 janvier 1885 à l'hôpital militaire Saint-Martin, au sixième jour d'une fièvre typhoïde grave.

Le 4 février au matin, treizième jour de la maladie, on constate une petite tache érysipélateuse à la narine gauche ; elle occupe le dos du nez le 5 ; une petite plaque de sphacèle se forme dans la journée.

Le 6, l'érysipèle s'étend aux joues, puis aux paupières. En même temps, glossite énorme, que des scarifications sont impuissantes à modérer ; sphacèle à la paupière supérieure gauche.

Mort dans la soirée.

L'autopsie n'a pas été faite.

QUELQUES MOTS

SUR

LE TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE

La gravité jadis si grande de l'érysipèle traumatique m'avait naturellement conduit à en rechercher les moyens curatifs. Or, je dois reconnaître que je n'avais rien trouvé par moi-même, et qu'aucun des moyens héroïques proposés par les autres ne m'avait réellement satisfait. Après avoir essayé à peu près tout, après avoir réussi et échoué, sans trop savoir pourquoi du reste, avec les médicaments les plus vantés, j'étais arrivé à un grand scepticisme, et je me contentais, au moins dans les cas simples, de la médecine des symptômes, prescrivant quelques purgatifs ou quelques anodins, mais renonçant à attaquer directement le mal[1].

Ainsi au début je donnais volontiers un éméto-cathartique, plus tard au besoin quelques légers purgatifs salins, puis je faisais recouvrir les parties envahies avec l'axonge très fraîche ou la poudre d'amidon. A l'intérieur, j'administrais les boissons acidulées, quelques toniques, un peu de sulfate de quinine ou d'alcoolature d'aconit. Une alimentation très légère complétait le traitement.

Il m'avait paru que cette thérapeutique simple et en quelque sorte négative me donnait autant de succès que les médications plus énergiques, y compris les émissions sanguines locales ou générales qui m'avaient toujours paru plus nuisibles qu'utiles. En tout cas elle n'empêchait point de guérir dans les cas où la nature voulait bien faire les frais de la cure. J'étais d'ailleurs mal fixé sur

1. Voir ce que j'ai dit plus haut (p. 490) du traitement de l'érysipèle par les badigeonnages avec la teinture d'iode.

l'essence même de la maladie. Je ne pouvais croire à une affection purement locale, puisque je voyais l'économie envahie tout entière par des symptômes généraux redoutables pouvant conduire à la mort. D'autre part, je trouvais inexacte l'assimilation de l'érysipèle aux fièvres éruptives et dès lors je ne comptais guère plus sur le traitement local que sur le traitement général; ni l'un ni l'autre, comme je le disais plus haut, ne m'ayant donné de résultats concluants ni satisfaisants.

Il me paraissait également démontré qu'une formule unique ne pouvait convenir aux variétés nombreuses de la maladie et qu'on ne devait pas traiter de la même façon l'érysipèle simple spontané, médical comme on dit, l'érysipèle traumatique, chirurgical, également simple, et les formes compliquées de gangrène ou de suppuration diffuse, d'infiltration gazeuse, etc., qui se montrent d'ordinaire chez les dyscrasiques atteints de diabète, d'albuminurie, de paludisme, d'alcoolisme, d'affections rénales cardiaques ou hépatiques.

Pour quelques-unes de ces formes graves, j'avais compris depuis longtemps que l'intervention chirurgicale était nécessaire, et j'agissais très vigoureusement à l'aide de débridements, d'incisions multiples et d'énergiques cautérisations. Mes tendances anciennes sont bien représentées dans les paroles que je prononçais, il y a trente ans, au cours d'une discussion à la Société de chirurgie à propos d'une communication de M. Maunoury père sur la cautérisation[1].

« Notre collègue de Chartres, disais-je, pense que l'on pourrait arrêter la marche de certains érysipèles de mauvaise nature en pratiquant à leur limite une cautérisation circulaire faite au moyen d'une étroite lanière de caustique qui détruirait la peau sur toute la circonférence du membre affecté. Il y a ici deux points à examiner, le précepte et le mode opératoire. Le précepte est donné depuis longtemps, il est même sanctionné par l'expérience; on trouve dans le remarquable ouvrage de M. Philipeaux, composé surtout avec les faits de la pratique de Bonnet, des observations nombreuses dans lesquelles la cautérisation a arrêté et guéri des érysipèles graves, des phlegmons diffus et surtout ces accidents terribles qui succèdent parfois aux piqûres des anatomistes. Le fer rouge appliqué sur le lieu de la blessure et sur le membre aux points où se montrent des traînées rouges jouit d'une efficacité remarquable dans ces cas foudroyants parfois. Ayant vu l'an dernier mourir en

1. *Bull. Soc. de chir.*, 1855-56, t. VI, p. 506.

quatre jours un jeune étudiant à la suite d'une écorchure insignifiante du doigt, je regrette vivement de n'avoir point eu alors connaissance des observations de Bonnet. Pendant le cours de la même année, un interne des hôpitaux, puis un autre élève en médecine ont également succombé à des accidents semblables, qui rappellent d'une manière frappante les suites funestes des plaies empoisonnées, et portent à admettre qu'il s'agit véritablement d'un virus particulier.

» Le conseil donné par M. Maunoury paraît très logique ; reste le mode opératoire. Bonnet pratique la cautérisation de la manière suivante : il applique d'abord le fer rouge sur le siège primitif du mal, c'est-à-dire sur la plaie ; puis il pratique des raies de feu longitudinales sur le trajet des lymphatiques et sur les points les plus gonflés ; il va ainsi jusqu'à la racine du membre. Quelquefois il dissémine des pointes de feu çà et là sur la surface érysipélateuse elle-même.

» Bonnet ne se propose pas de cerner le mal et de lui opposer une barrière circulaire que sans doute il franchirait sans peine, il veut porter sur les tissus malades eux-mêmes une irritation très vive, et voilà tout.

» Le procédé de M. Maunoury pêche en plusieurs points : d'abord le caustique est moins avantageux que le fer rouge quand on veut obtenir une action vive et énergique. Puis la cautérisation circulaire est trop violente si l'on a affaire à un érysipèle ne comprenant que la peau ; et, d'autre part, si le tissu cellulaire est pris comme dans le phlegmon diffus, le mal se propagera aisément sous l'escharre, Enfin la destruction circulaire de la peau dans toute son épaisseur pourrait peut-être entraîner plus tard des suites très sérieuses, à en juger par un fait que j'ai vu dans le service de Denonvilliers.

» Un ouvrier vigoureux avait été brûlé à la jambe par un caustique liquide ; la cautérisation était assez étendue sur une des faces du membre ; mais, de plus, le liquide avait en un point fait le tour de la jambe, de façon à tracer sur elle une sorte de jarretière étroite. La peau avait été détruite dans toute son épaisseur. Après la cicatrisation qui ne fut pas très difficile à obtenir, la partie moyenne de la jambe un peu au-dessous du niveau du mollet était étreinte par une bandelette cicatricielle circulaire, complète, étroite, mais rigide et inextensible, qui causait une sorte d'étranglement : d'où résulta un œdème incurable du pied et de la moitié inférieure de la jambe. Le malade n'a pas été revu ; mais Denonvilliers pensait qu'il n'y avait pas d'autre ressource que l'amputation ».

Je ne voulais pas à cette époque me faire l'apologiste outré de la cautérisation; je reconnaissais même qu'elle pouvait comme toute opération, amener la mort, car rien n'est d'une innocuité absolue, mais j'affirmais que sous ce rapport elle expose infiniment moins que l'instrument tranchant, et qu'il convient d'y avoir recours quand elle peut réellement remplacer le bistouri.

Depuis 1855, naturellement, j'ai rencontré bien des fois les formes graves ou ce qu'il vaudrait mieux appeler les formes compliquées de l'érysipèle : érysipèle phlegmoneux, érysipèle bronzé, phlegmon érysipélateux, phlegmon diffus, lymphangite gangréneuse, etc. J'ai répudié de plus en plus l'emploi du bistouri et abandonné les incisions longues et multiples que plusieurs de mes collègues, paraît-il, pratiquent encore. Je leur ai substitué les débridements et les ponctions profondes avec le thermo-cautère et j'ai obtenu d'excellents résultats.

Je tâcherai de publier quelque jour ce que j'ai fait dans cette direction, mais je veux seulement dire aujourd'hui que, au point de vue de la thérapeutique, ces formes compliquées diffèrent essentiellement de l'érysipèle ordinaire superficiel et passager.

A l'avenir, quand on parlera du traitement de l'érysipèle, il faudra, comme à propos du pronostic, distinguer soigneusement la forme simple, affectant des tissus sains sur des sujets d'ailleurs bien portants, puis les formes compliquées, — que les tissus envahis soient altérés depuis plus ou moins longtemps, que l'état constitutionnel antérieur soit mauvais, ou enfin que le microbe érysipélateux se trouve en compagnie d'autres microbes plus ou moins infectieux.

Je ne veux qu'indiquer ces nuances et poser les jalons pour ceux qui voudront reprendre cette importante question. Est-il nécessaire d'ajouter que pour cette maladie comme pour toutes les autres toxémies, nos efforts doivent se porter encore plus sur la prophylaxie que sur la curation proprement dite ?

TRAITEMENT INTERNE DE L'ÉRYSIPÈLE

Si pendant longtemps j'ai douté de l'efficacité du traitement topique, j'ai eu, comme bien d'autres chirurgiens, des illusions sur la puissance curative de quelques médicaments administrés à l'intérieur.

J'ai encore présent à l'esprit un cas observé en 1853 à l'Hôtel-Dieu. Il s'agissait d'une malade atteinte d'érysipèle ambulant datant de

plus de deux semaines et qui était depuis trois ou quatre jours quasi moribonde, lorsque j'eus l'idée de lui administrer l'alcoolature d'aconit dont il était fort question à cette époque dans le traitement de la pyohémie. L'effet fut surprenant. En quarante-huit heures la malade semblait hors de danger.

J'ai depuis employé bien souvent le même médicament, mais il n'a plus produit de miracle entre mes mains.

En 1876 j'ai cru encore avoir trouvé une sorte de spécifique dans le jaborandi, comme l'atteste la note de M. Dave, alors interne dans mon service, qu'on lira dans un instant. Mais hélas, le jaborandi a trompé des espérances que d'autres praticiens ont conçues également, comme l'indique la note suivante :

Un homme de trente-deux ans, était atteint d'érysipèle grave de la face avec hypothermie marquée. Da Costa fit une injection sous-cutanée d'hydrochlorate de pilocarpine (1 centigr. à peu près). Après une transpiration abondante, la température revint presque à la normale et l'érysipèle disparut, sans que l'on employât aucun agent thérapeutique local. En vingt-quatre heures, la guérison était complète.

L'auteur considère que la pilocarpine est surtout efficace lorsqu'elle est administrée au début de la maladie, à doses assez élevées pour produire une transpiration abondante[1].

1. *College and clinical record*, 1er janvier 1885, et *Ann. méd.-chir.*, Paris, 1885, p. 70.

DEUX CAS D'ÉRYSIPÈLE TRAUMATIQUE DE LA FACE TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR LE JABORANDI[1]

Les propriétés sudorifiques du jaborandi viennent d'être mises deux fois à profit, avec succès, par M. le professeur Verneuil, pour des érysipèles de la face étendus au cuir chevelu ou menaçant de le gagner. La rareté de ces faits (nous n'avons pu nous en procurer de semblables), l'importance qu'il y aurait à pouvoir juguler sûrement cette complication fâcheuse des plaies de la face, nous a engagé à les publier.

Obs. I. — Dans ce premier cas, il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans, Weber (Joséphine). Cette femme qui a toujours joui d'une parfaite santé, dont la constitution est excellente, mais qui est sujette aux érysipèles de la face (elle en a eu trois : un en 1841, un en 1847, et le dernier en 1875), entre le 17 octobre à la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 17, pour se faire débarrasser d'un épithelioma glandulaire ancien, occupant la partie droite du nez.

L'opération est pratiquée le 25 octobre. — M. Verneuil enlève largement le mal à l'aide du thermo-cautère.

L'état général était resté excellent, et le thermomètre oscillait dans les environs de 37°, quand, le 13 novembre, la température monte et aussitôt survient un érysipèle qui, du pourtour de la plaie, s'étend à la presque totalité de la face et du cuir chevelu sans causer de délire cependant.

La malade, se rappelant l'heureuse influence qu'avait eue sur ses érysipèles antérieurs une forte sudation, demande à grands cris qu'on la fasse transpirer. Le 17 novembre, M. Verneuil ordonne une

1. J. Dave. *Journ. de thérap.* de Gubler, 1876, p. 127.

infusion de 8 grammes de jaborandi dans 2 litres d'eau. Continué pendant deux jours, le médicament provoque des sueurs abondantes; le thermomètre baisse rapidement, les parties atteintes par l'érysipèle se dégonflent, pâlissent, et le 21 novembre, il ne restait plus qu'une légère desquamation.

Encouragé par ce succès, M. Verneuil répéta l'expérience dans le cas suivant.

Obs. II. — Deguy (Alexandrine), soixante-quinze ans, entre le 13 janvier 1877 à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 27, dans le service de M. Verneuil, pour être débarrassée d'un épithélioma ulcéré de la face.

Cette femme, d'une constitution excellente, nous raconte qu'il y a environ six ans elle a vu paraître sur la lèvre supérieure, à gauche, un bouton gros comme une tête d'épingle, qui depuis n'a jamais guéri. Il y a un an, à la suite de l'application malencontreuse d'un caustique, le mal s'est étendu. Actuellement, devenu grand comme une pièce de cinq francs, il recouvre la commissure gauche et empiéte sur la joue et la lèvre.

Le 19 janvier, M. Verneuil enlève la partie malade et réunit par des sutures métalliques. Température, le soir, 37°,3.

Les deux jours qui suivent, légère ascension de la température qui atteint le soir 38°,1 et 38°,6.

Le 22, au matin, apparaît aux bords de la plaie une rougeur diffuse à bords peu tranchés, occupant une partie de la joue et les paupières du côté gauche. Point de ganglions engorgés.

Applications locales d'eau de sureau. — Huile de ricin 30 gr. T. m., 38°. — T. s., 39°,1.

Le 23, la rougeur est plus prononcée, les bords sont plus nets, l'empâtement plus considérable. L'érysipèle a envahi tout le nez et les paupières de l'autre côté. T. m., 37°,2. — T. s., 38°,1.

Le 24, nouveaux progrès; presque toute la face est prise. La malade accuse du malaise, de la courbature, des envies de vomir. Craignant que l'ingestion d'un purgatif n'amène un vomissement qui détruirait les sutures, M. Verneuil, en raison de la haute température du matin (39°, 9), ordonne 8 grammes de jaborandi infusés dans 2 litres d'eau. Sudation abondante dans la journée. Pas de salivation. T. m., 39°, 9. — T. s., 39°, 9.

25 janvier. — Sous l'influence de la diaphorèse, la température baisse considérablement; les parties enflammées ont pâli, même traitement; nouvelle sudation. T. m., 37°,9. — T. s., 37°,8.

26 janvier. — L'érysipèle a complètement disparu et les parties qu'il occupait sont le siège d'une légère desquamation. On suspend le jaborandi le 27. La température reste basse depuis ce jour; la malade est définitivement guérie. Une des sutures a cédé cependant.

Étant admis que le miasme érysipélateux a pour voies d'élimination la muqueuse intestinale et la peau, le premier devoir du chirurgien, qui voit apparaître un érysipèle à la suite d'une plaie accidentelle ou d'une opération, consiste à provoquer au plus tôt l'expulsion de cet hôte souvent redoutable. De là l'usage classique, je dirai presque banal, de l'éméto-cathartique dans les cas d'érysipèle; mais l'indication thérapeutique devient encore plus pressante lorsqu'il s'agit de la face, à cause du voisinage du cuir chevelu. Le purgatif et l'éméto-cathartique trouveront donc encore ici leur emploi. mais si, comme dans notre second cas, l'érysipèle est consécutif à une opération où l'on a pratiqué la réunion immédiate, si le chirurgien a suturé une plaie linéaire, nous devons craindre que les efforts de vomissement, ne viennnent à tirailler fortement des tissus ramollis, et que la réunion ne soit compromise?

Nous devons donc abandonner l'élimination par le tube intestinal et nous rabattre sur l'élimination cutanée. C'est ici que conviendra particulièrement l'agent diaphorétique le plus puissant que nous connaissions, le jaborandi. Dans les deux cas précédents, son action a été trop prompte pour ne pas encourager de nouveaux essais, mais il ne faut pas oublier que, continué trop longtemps ou employé sans précaution, ce médicament, comme M. A. Robin l'a montré, peut amener le vomissement.

Comme je l'ai dit plus haut, les heureux résultats de cette médication ne se sont pas continués, et je me borne maintenant à administrer à l'intérieur un purgatif au début, du sulfate de quinine dans quelques cas de température très élevée et des toniques.

Depuis que mes idées sur la nature microbienne de l'érysipèle sont devenues plus nettes, j'ai accordé plus de confiance au traitement local, et depuis plusieurs années, comme on l'a vu dans la note insérée au commencement de ce volume, j'ai eu recours aux applications antiseptiques, la pulvérisation prolongée en particulier. Les bons effets de ce traitement ne m'ont presque jamais fait défaut, comme on pourra en juger par la note suivante, qui renferme mes dernières observations.

EMPLOI DE LA PULVÉRISATION ANTISEPTIQUE

DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE

ET DES BRULURES ÉTENDUES[1]

I. — Érysipèle

Dans ma communication faite au congrès de Séville, en avril 1882, sur la pulvérisation prolongée ou continue comme procédé de la méthode antiseptique[2], je démontrais que les complications des plaies d'origine septique pouvaient être combattues avec avantage par ce procédé, lequel agit en détruisant sur place le poison formé dans la plaie, et permet à celui qui, déjà absorbé, a produit les accidents, d'être éliminé par l'organisme.

Parmi les affections d'origine septique : phlegmons diffus, simples ou gangréneux, septicémie, pyohémie, etc., c'est à l'érysipèle que semble convenir le mieux ce mode de traitement, car c'est contre lui que les autres applications antiseptiques paraissent les plus difficiles à diriger ; sa marche envahissante et rapide, son étendue souvent considérable, créent des difficultés que le spray peut heureusement vaincre, parce qu'il est capable de poursuivre le mal dans ses migrations.

J'ai déjà rapporté, dans le travail précité, cinq observations relatives à ce mode de traitement. On les trouvera aux pages 17, 26, 27[3] et 28 du présent volume.

1. Leçon clinique rédigée par M. le Dr L.-H. Petit, et publiée dans le *Bull. gén. de thérapeutique*, 28 février 1883, p. 145.

2. Reproduite à la page 2 de ce volume.

3. L'observation du malade atteint de fracture du crâne (p. 27) avec plaie du cuir chevelu, puis d'érysipèle, s'arrête à la guérison de la complication.

Mais la plaie était à peine cicatrisée, qu'apparut une eschare à la fesse droite, puis un phlegmon gangréneux aux alentours, et de l'albumine dans les urines. Mort huit jours après. A l'autopsie, outre les désordres cérébraux qui avaient causé l'hémiplégie, l'eschare et enfin la mort, on trouva une congestion rénale double très intense (Verchère, *Bull. Soc. anat.*, 1883, p. 93).

J'ai recueilli depuis lors de nouveaux faits qui confirment pleinement les résultats annoncés par les premiers, c'est-à-dire l'heureuse influence de la pulvérisation phéniquée sur la diminution de la fièvre, des phénomènes généraux et de la durée de l'érysipèle.

Lorsque la surface érysipélateuse peut être tout entière soumise à la pulvérisation, l'érysipèle dure trois, quatre, six jours au plus. Il semble que ses progrès soient accélérés, et qu'au lieu de mettre de huit à douze jours pour envahir toute la tête ou l'extrémité supérieure, par exemple, la maladie s'étende et disparaisse beaucoup plus rapidement.

Mais dans certains cas où l'érysipèle débute par de larges surfaces, lorsque par conséquent il est difficile de suivre et d'arrêter son envahissement par la vapeur phéniquée, sans faire courir au malade le risque d'un refroidissement, le traitement échoue en partie, et l'érysipèle évolue plus lentement. En voici deux exemples[1].

Obs. VI. — *Écorchure du sein droit. Lymphangite gangréneuse. Érysipèle. Pulvérisation phéniquée. Guérison.*

Marie L..., trente-huit ans, blanchisseuse, très grasse, d'une bonne santé habituelle, entre le 27 juillet 1883 à la Pitié, salle Lisfranc, n° 14.

Il y a douze jours, près du bord inférieur du grand pectoral droit, écorchure par un clou. Deux jours après, frisson, fièvre; rougeur à marche envahissante partie de l'écorchure; bientôt le sein droit gonfle, devient dur et douloureux.

A l'entrée, rougeur vive de toute la partie supérieure droite de la poitrine. Au côté externe de la mamelle, ulcération irrégulière, à bords amincis et décollés, recouverte d'une eschare noirâtre, large de 4 centimètres et longue de 7 à 8; écoulement de pus fétide. Face rouge, yeux brillants, langue blanche et humide. État général grave; température, 38°,2. Les urines, recueillies à plusieurs reprises, sont de couleur normale et ne renferment ni sucre ni albumine. Pulvérisations phéniquées réitérées; dans l'intervalle, compresses phéniquées sur la plaie et les parties voisines.

Le 28, sueurs profuses; urines noires; la rougeur gagne le sein gauche et le dos.

1. Les sept faits qui suivent ont été rédigés d'après des notes recueillies par mon interne M. Verchère. Ils ont été reproduits en partie dans la thèse inaugurale de M. Charles : *Des pulvérisations antiseptiques prolongées dans le traitement de quelques affections chirurgicales.* Paris, 1884.

Le 29, température élevée, l'érysipèle progresse. Urines noires, sans sucre ni albumine. L'état général reste grave.

Le 30 au matin, meilleur état, facies moins animé, la température est tombée, langue humide, moins blanche. Les urines ont repris leur teinte normale malgré la continuation de la pulvérisation et des compresses phéniquées. Le soir, la température remonte. L'érysipèle atteint le milieu du dos.

Le 31, même état. La température, peu élevée le soir, baisse encore. La malade se sent mieux.

Le 2, nouvelle élévation de la température, nouvelle poussée de rougeur vers le côté droit. L'érysipèle, à ce moment, fait le tour du corps et ne peut être soumis dans toute son étendue à la pulvérisation.

Le 3, état général satisfaisant. La rougeur disparaît dans les points primitivement envahis, la mamelle gauche est souple.

La malade reste à l'hôpital jusqu'au 19 août pour la cicatrisation de la plaie résultant de la chute de l'eschare.

La courbe thermométrique indique bien les poussées successives de l'érysipèle.

Juillet 27	Entrée.		Soir, 38°,2
28	Matin,	38°	— 38°,4
29	—	38°,2	— 38°,8
30	—	37°,2 (amélior.)	— 40°,2
31	—	37°,1	— 38°,2
Août 1er	—	38°,3	— 36°,5 (amélioration)
2	—	40°	— 37°
3	—	36°,4	— 38° (amélior. défin.)
4	—	37°,9	— 37°
5	—	37°,9	— 38°,3
6	—	36°,5	— 36°,9

Obs. VII. — *Récidive d'un énorme kyste sébacé du dos. Extirpation. Érysipèle ambulant. Pulvérisation phéniquée. Mort.*

Honorine D..., quarante-sept ans, entre le 12 juillet 1883 à la Pitié, salle Lisfranc, n° 22.

Cette malade, forte, robuste, a été opérée une première fois au mois de mars; il existe actuellement dans la cicatrice trois foyers enflammés, douloureux, que l'on prendrait au premier abord pour des abcès.

Le 16 juillet, extirpation d'une large étendue de la peau et de tout ce qui reste de la paroi kystique; pansement antiseptique ouvert.

Le lendemain, bon état. Le 18, douleur dans l'aisselle droite, du côté de l'opération; quelques envies de vomir.

Le 19, même état, douleur dans l'aisselle gauche.

Le 20, apparition, autour de la plaie, d'une rougeur vive qui s'étend rapidement. On institue la pulvérisation phéniquée.

Malgré le traitement, l'érysipèle envahit successivement le tronc tout entier en avant et en arrière, les deux bras, les deux cuisses, le cou et la tête. La langue n'est pas sèche et, malgré le mauvais état de la santé et la généralisation de l'éruption cutanée, l'urine ne présente pas d'albumine.

Le 30, les urines ont une coloration noire verdâtre; teinte subictérique des conjonctives. Le foie n'est pas augmenté de volume. Les urines, ainsi colorées pendant trois jours, reprennent leur aspect normal à partir du 2 août. La plaie est lisse, vernissée; pansement antiseptique ouvert et pulvérisation sur la plaie.

A partir de ce jour, malgré la persistance de l'érysipèle, qui continuait sa marche, la fièvre diminua; il y eut seulement une légère recrudescence le 5, par suite d'une nouvelle poussée.

Le 10, la température était à 37°, et l'on espérait la guérison, lorsqu'elle remonta brusquement et atteignit 41° le 12; la tête était envahie; délire, congestion pulmonaire; mort le 14, peut-être par l'érysipèle, peut-être par infection purulente. Pas d'autopsie.

Ce cas est le plus grave de notre série; l'érysipèle a envahi tout le corps en vingt-cinq jours, et la grande étendue qu'il occupait n'a pas permis à la pulvérisation de donner les bons résultats qu'on en avait obtenus dans les autres cas. Peut-être les viscères étaient-ils déjà atteints de dégénérescence, le foie en particulier, comme on pourrait le supposer d'après l'ictère qui s'est montré vers le dixième jour, et l'élévation considérable de la température pendant quatorze jours. Du 16 au 19, elle se maintient entre 38°,1 et 38°,7; le 20 au matin, elle est à 37°,6; le soir, à 40°,5; le lendemain matin, à 37°,6, et le soir, à 41°, et jusqu'au 2 août elle offre de grandes oscillations de 1°,5 et même de 2° du matin au soir : de 38°,9 à 40°,7; de 38°,3 à 40°,3; enfin du 10 août, le matin, au 12, le soir, elle marque successivement 37°; 37°,9; 38°,1; 39°; 39°,4 et 41°, puis elle retombe à 37°, 9 et remonte à 40°. Elle était à 38°,9 le 14 au matin, jour de la mort. Ces grandes oscillations sont bien celles de la pyohémie.

A ce moment se trouvait dans la même salle, au numéro 15, une autre malade convalescente d'un érysipèle qui était alors en pleine desquamation. Cet érysipèle avait été beaucoup moins grave, car il n'avait duré que quatre jours, et la température n'avait pas dépassé 39°,2. L'exanthème n'avait atteint que la tête, aussi la pulvérisation phéniquée avait-elle pu le combattre efficacement.

Obs. VIII. — *Épithélioma sudoripare. Érysipèle. Ablation de l'épithélioma deux ans après. Nouvel érysipèle. Pulvérisation phéniquée. Durée, quatre jours. Guérison.*

Léonide J..., cinquante-trois ans, ménagère, entre le 28 juin 1883 à la Pitié, salle Lisfranc, lit n°15.

Cette malade, d'une bonne santé ordinaire, présente depuis 1858, à l'union du nez et de la joue gauche, une lésion diagnostiquée à cette époque *lupus* et pour laquelle on fit subir à J... toute espèce de traitement.

En juin 1881, elle eut un érysipèle de la face, qui la retint au lit pendant un mois.

A l'entrée, on constate un épithélioma sudoripare ayant détruit la paroi externe des fosses nasales et s'étendant à deux travers de doigt sur la joue.

Le 7 juillet, ablation étendue de cet épithélioma, pas de réunion. Pansement antiseptique ouvert.

Le soir même de l'opération, élévation brusque de la température de 36°, 2 à 38°,4; malaise, envies de vomir.

Le lendemain, rougeur érysipélateuse autour de la plaie; température élevée. Pulvérisation phéniquée (deux séances par jour).

La rougeur fait le tour de la tête, et le 11, au matin, la desquamation commence. L'érysipèle, sous l'influence de la pulvérisation phéniquée, avait évolué *en trois jours et demi.*

L'état général a été peu atteint par la complication. La température, à 36°,2 avant l'opération, était le soir même à 38°,4; elle oscilla pendant trois jours entre 37°,8 et 38°,7, atteignit 39°,2 le quatrième jour au matin, puis redescendit le soir à 38°,3 et le lendemain matin à 36°,6. Elle resta ensuite entre 36 et 37 degrés.

Cicatrisation normale, en un mois environ.

En novembre, je pratiquai la rhinoplastie, et me servis avec succès de la pulvérisation phéniquée pour conjurer une nouvelle poussée d'érysipèle (Voir plus haut, p. 224. Il a encore été fait allusions à ce cas aux pages 569 et 666).

Le point remarquable à relever ici est la prédisposition à l'érysipèle opératoire, créée par un premier érysipèle survenu deux ans auparavant.

Obs. IX. — *Plaie de tête. Érysipèle. Pulvérisation. Rappel de paludisme.*

J.-Baptiste M..., quarante-huit ans, journalier, ancien soldat en

Afrique, où il eut, il y a vingt ans, des fièvres intermittentes, entre le 22 février 1883 à la Pitié, salle Michon, n°17, pour une plaie de l'occiput datant de quelques jours et à demi cicatrisée. Il reste un léger décollement où s'amasse du pus.

La veille de l'entrée, frisson, céphalalgie, vomissements.

Le 22, apparition d'une rougeur érysipélateuse partie de la plaie et s'étendant jusqu'à la nuque.

Pulvérisation phéniquée deux fois par jour.

Le 23, l'oreille droite est prise, la température monte à 39°,4 et le 24 à 40°,2, malgré la pulvérisation. On continue néanmoins celle-ci.

Le 25 et le 26, le température descend à 39°, 6, puis à 39° et tombe rapidement à 37°,4.

La rougeur s'arrête le 27 au niveau de l'oreille gauche : *l'érysipèle avait fait le tour de la tête en cinq jours.*

Le malade, guéri de son érysipèle, reste pour sa plaie non cicatrisée.

Entre temps, il est pris de maux de tête violents revenant régulièrement chaque nuit, sans fièvre. Ces maux de tête font soupçonner un rappel de paludisme; ils cessent rapidement par l'administration du sulfate de quinine. L'érysipèle, malgré son peu d'intensité, avait ramené une manifestation nocturne et intermittente du paludisme.

Obs. X. — *Plaie de la région temporale. Érysipèle. Pulvérisation phéniquée. Guérison en six jours.*

Victor B..., dix-huit ans, raffineur, entre à la Pitié le 24 mars 1883, salle Michon, n° 51, pour une plaie contuse de la région temporale droite, suite d'une chute du quatrième étage. On fit en ville une suture aux fils d'argent, et l'on passa un drain. Le lendemain de l'entrée, le malade est pris de fièvre, de frisson et de vomissements. Les ganglions occipitaux et sous-maxillaires sont douloureux. Apparition autour de la plaie d'un érysipèle s'étendant à l'oreille du même côté et vers la nuque.

Pulvérisation phéniquée (deux séances par jour).

Le 26, la rougeur est arrivée jusqu'à l'oreille du côté opposé. La température reste élevée.

Le 27, la température baisse. La rougeur atteint le cuir chevelu, qui est douloureux à la pression.

Le 28, cette rougeur diminue d'intensité, mais gagne peu à peu la joue et vient s'éteindre le 31 sur les parties latérales du nez. A partir de ce moment, la température redevient normale.

L'érysipèle a évolué en six jours.

Obs. XI. — *Plaie de la face. Érysipèle. Pulvérisation phéniquée. Durée, quatre jours.*

Riedberger, journalier, vingt-neuf ans, entre le 16 août 1883 à la Pitié, salle Michon, n° 56, pour les suites d'une petite plaie contuse, longue de 2 à 3 centimètres et située dans la région malaire du côté droit.

Le 10 août, malaise, fièvre, courbature; R... se présente à la consultation et, en l'absence de tout état local sérieux, est renvoyé chez lui, avec le conseil de mettre des compresses d'eau phéniquée sur sa plaie.

Il revient le 16 août. A ce moment, rougeur érysipélateuse s'étendant de la plaie du côté droit à la partie moyenne de la joue gauche. Le soir, température 37°,9.

Pulvérisation phéniquée (deux séances par jour).

Le lendemain la rougeur gagne la nuque. L'état général reste bon.

Le 18, la rougeur passe au côté droit. La desquamation commence dans les points primitivement envahis.

Le 19, chute de la température qui, d'ailleurs, n'a jamais dépassé 38°; la rougeur a disparu. Le malade est bientôt complètement guéri.

Obs. XII. — *Plaie du front par balle de revolver. Cicatrisation de la plaie. Accidents cérébraux. Extraction de la balle. Érysipèle. Pulvérisation phéniquée. Guérison.*

Philibert Joly, trente-six ans, serrurier, entre à la Pitié, salle Michon, n° 51, le 27 juillet 1883.

Cet homme se tira un coup de revolver au niveau de la bosse frontale. La balle resta incrustée dans l'os, et la plaie se cicatrisa rapidement.

Bientôt apparurent des phénomènes de paralysie générale.

Le 30 juillet, incision des téguments du front. Extraction de la balle, que l'on trouve aplatie entre les deux tables du frontal.

Tout marche normalement vers la cicatrisation. Cependant, les phénomènes de paralysie générale s'accentuent; le malade se lève et retire son pansement dans la journée.

Le 19 août, frisson, fièvre, vomissements.

Le 20, température, 38°,6; le matin apparaît, autour de la plaie du front, une rougeur qui gagne la face tout entière; le soir, température, 40°. Le lendemain, les yeux sont fermés.

Pulvérisation phéniquée (deux séances par jour) : la température redescend à 38°, 5.

Le 22, l'érysipèle fait le tour de la tête; température, 38 degrés.

Le 23, la rougeur persiste, mais moins vive. La desquamation commence au niveau du front. L'état général est très satisfaisant; température, 37°,8.

L'observation suivante prouve que chez les sujets dont l'état général est des plus mauvais, les pulvérisations phéniquées peuvent cependant donner de bons résultats, au moins temporaires, à la condition d'être pratiquées dès le début des accidents.

Obs. XIII. — *Abcès de la cuisse chez un malade diabétique, albuminurique et paludique; incisions et drainage. Érysipèle. Pulvérisation phéniquée. Cessation immédiate de la fièvre* [1].

M. X..., trente-cinq ans, très gros, de haute taille et de forte constitution, chez lequel on avait à plusieurs reprises constaté l'existence du diabète, porte à la cuisse un abcès à foyers multiples, suite éloignée d'une contusion par éclat d'obus reçu pendant la guerre de 1870. Depuis lors il a été en traitement; à la suite d'une saison aux eaux d'Aix, son état s'était amélioré, mais à son retour il avait eu une nouvelle poussée inflammatoire.

M. Verneuil fut alors appelé en consultation. « Au moment où je vis le malade, dit-il, il venait d'être pris d'une anasarque généralisée, avec œdème considérable, surtout du scrotum, qui était énorme; grande quantité d'albumine dans les urines.

» Je fis dans l'abcès de larges incisions où je plaçai des drains. Le malade, opéré à la température de 36°,5, à deux heures de l'après-midi, avait 39° le lendemain à quatre heures. Les plaies étaient enflammées et entourées de plaques érysipélateuses.

» J'instituai alors la pulvérisation phéniquée, et le lendemain matin la température était redescendue à 37° : les plaques érysipélateuses s'étaient étendues, cependant les troubles généraux étaient nuls. Continuation des pulvérisations plusieurs heures dans la journée.

» Le troisième jour, l'état général est bon; température, 37°,2; l'érysipèle, qui s'était étendu le second jour, n'a pas fait de nouveaux progrès et, malgré sa présence, les symptômes généraux font complètement défaut.

» Pendant que j'examine cet érysipèle, je m'aperçois que le haut de la cuisse, que je n'avais pas vu à mon premier examen, porte une cicatrice très étendue; on m'apprend alors que, à l'âge de neuf ans,

1. Thèse de Charles, p. 35, obs. IX.

le malade a eu un abcès profond qui a été très long à guérir et que l'apparition de l'albumine dans les urines remonte à cette époque.

» Ce malade a donc eu dans sa jeunesse, à l'occasion d'un abcès sous-périostique, une néphrite infectieuse, et trente années après, à propos d'un abcès simple, l'albumine reparaît en abondance dans ses urines.

» Le médecin ordinaire me dit n'y avoir pas récemment trouvé de sucre; mais les parents m'apprirent qu'il en avait eu beaucoup pendant ses voyages en Orient, où il avait contracté des fièvres palustres.

» Nous avions donc affaire à un malade paludique, albuminurique, diabétique, ayant un phlegmon de la cuisse compliqué d'érysipèle; cependant, sous l'influence des pulvérisations, la température était descendue en vingt-quatre heures de 39° à la normale, malgré la continuation de l'érysipèle[1]. »

Depuis le mois de septembre 1884, il n'y avait eu aucun cas d'érysipèle dans mon service, lorsque, le 12 janvier, un blessé atteint de cette affection entra dans la salle Michon, où il provoqua une petite épidémie dont l'histoire a été rapportée plus haut (p. 582).

Voici la relation de ce cas, mentionné déjà (p. 583) à un autre point de vue.

Obs. XIV. — *Plaie contuse du cuir chevelu chez un alcoolique. Érysipèle. Congestion pulmonaire. Guérison.*

Antoine C..., quarante-huit ans, corroyeur, robuste et vigoureux, mais entaché d'alcoolisme chronique, fait, le 8 janvier 1885, une chute sur la tête. A la partie latérale gauche du crâne, plaie de $0^{m},06$ de long sur $0^{m},01$ de large; léger décollement. C... entre, le 10 janvier, à la salle Michon, n° 42, avec un érysipèle déjà étendu à la face presque tout entière, sauf dans la partie inférieure; les deux oreilles sont rouges, tuméfiées; le bourrelet de l'érysipèle est très net sur le front. Un peu de délire la nuit.

Le soir de l'entrée, on institue la pulvérisation phéniquée. La température, à $38^{\circ},8$ le 10 au soir, tombe à 38° le 11 au matin.

Le 11, au soir, elle remonte à $38^{\circ},6$ et atteint 39° le 12 au matin. L'érysipèle a pâli, mais la respiration est difficile; dyspnée marquée, connaissance imparfaite, abattement considérable. A l'auscultation, râles de congestion pulmonaire des deux côtés; quelques petits râles

1. Le malade succomba quelques jours plus tard dans le coma urémique; son érysipèle avait disparu.

sous-crépitants dans l'étendue d'une pièce de 5 francs au niveau de l'omoplate. Crachats légèrement visqueux. Purgatif. Le 12, au soir, la température est à 40°,5.

Le 13, elle tombe à 37°,5 le matin. Aux râles a succédé du souffle. Les paupières à droite sont boursouflées, tendues et rouges; à gauche, la rougeur a disparu et la desquamation commence. Le soir, la température remonte à 40°6.

Le 14, elle tombe à 39°,4 le matin, puis à 38°,6 le soir. La paupière supérieure est tendue, la peau légèrement amincie; il n'y a plus de rougeur sur la face. On continue néanmoins la pulvérisation. Le souffle a diminué.

Le 15, au matin, température à 39°. Incision de la paupière, issue de pus. État général très satisfaisant. Cependant, la température atteint encore, le soir, 39°,8; mais, le 16 au matin, elle est à 37°,2 et oscille les jours suivants entre 37 et 38 degrés.

Le 17, le pus sortant difficilement de la plaie du cuir chevelu, on fait un lavage phéniqué. A partir de ce moment, la détersion s'effectue, la complication pulmonaire disparaît peu à peu, et la plaie se cicatrise rapidement.

Sortie le 30 janvier.

Ainsi, dans les quatorze cas qui précèdent, la pulvérisation phéniquée prolongée a permis de maîtriser rapidement l'érysipèle et d'amener la chute de la température, sauf dans un cas (Obs. VIII) où sa marche a été tellement envahissante que rien n'a pu l'arrêter. C'est un des rares insuccès que nous ayons constaté dans le traitement de l'érysipèle par les pulvérisations antiseptiques.

II. — Brulures

En même temps que mes premières observations d'érysipèle traitées par la pulvérisation phéniquée, j'ai publié plusieurs faits de brûlure dans lesquels j'avais employé ce traitement avec le même succès. Je crois donc qu'il n'est pas sans intérêt de rapporter ici les nouvelles observations que j'ai recueillies et qui sont aussi démonstratives que les premières.

Obs. XVI. — *Brûlures par essence minérale. Phlyctènes purulentes. Fièvre intense.*

F.-Pierre L..., entre le 6 décembre 1884 à la salle Michon, n° 4.

En transvasant du pétrole, il l'enflamma par mégarde et fut brûlé à la face assez superficiellement, mais plus profondément aux mains et aux avant-bras. Pansement à la pommade borique.

Dès le troisième jour (19 décembre) la température, restée jusqu'alors à 38° s'éleva à 39°,5 le soir; en même temps, douleurs vives dans les régions brûlées.

La pulvérisation, instituée aussitôt, fait cesser immédiatement les douleurs de la face, mais non celles des mains, et la température reste élevée jusqu'au 15 décembre : le 10, elle redescend à 38°,6 le matin et à 39°,2 le soir, mais le 11 elle remonte à 40° le matin et à 39°,8 le soir; le 13 au soir, elle atteint même 40°,4. C'est qu'en certains points des mains et des bras il existait des phlyctènes remplies de pus, et qu'il était impossible de faire pénétrer la vapeur phéniquée au-dessous de l'épiderme soulevé. On ouvrit alors les phlyctènes, on réséqua avec soin l'épiderme, on plongea les avant-bras et les mains dans un bain antiseptique, deux fois par jour, pendant une heure. Pansement à la tarlatane phéniquée dans les intervalles.

Dès le lendemain, sous l'influence de ce traitement, la température tomba brusquement de 40°,2 à 37°,4 et les douleurs disparurent.

Les jours suivants, le thermomètre ne dépassa pas 38°,8 et même 37°,8 à partir du 22.

Le 26 décembre, la figure était complètement guérie, et il ne restait plus que quelques points à cicatriser sur les avant-bras.

Ici, le bain prolongé dans une solution phéniquée avait produit l'effet antiseptique et analgésique, alors que la pulvérisation n'avait produit que le second effet seulement.

La courbe thermométrique rend bien compte de cette différence d'action :

7	Matin, 38°	Soir, 38°,2
8	— 38°,2	— 38°
9	— 38°,3	— 39°,5
10	— 38°,6 (pulvérisation)	— 39°,2
11	— 40°	— 39°,8
12	— 39°,4	— 39°,6
13	— 39°	— 40°,4
14	— 39°	— 38°,6
15	— 39° (bain antisept.)	— 40°,2
16	— 37°,4	— 38°,7
17	— 37°,9	— 38°,8
18	— 37°,8	— 38°,1
19	— 37°,6	— 38°,4
20	— 37°	— 38°,4
21	— 37°,7	— 37°,5
22	— 37°,5	— 37°,8

Dans ce cas, comme dans les observations VI et VIII, l'empoisonnement septique a été bien mis en relief par l'influence des pansements. En règle générale, la température est plus élevée le soir que le matin. Or, à différentes reprises, dans ces trois cas, c'est le contraire qui eut lieu.

Ainsi, dans l'observation VI, la température était à 38°,3 le 1er août au matin, et le soir à 36°,5; le lendemain matin, à 40°, et le soir à 37°; le 4, on la trouve le matin à 37°,9 le soir à 37° et le lendemain matin à 37°,9; le soir, elle remonte encore de 4 dixièmes de degré, mais tombe ensuite à 36°,5, pour ne plus dépasser 37° les jours suivants. Dans l'observation VIII, la température est, le 10 juillet au matin, à 38°,4; le soir à 38°; le 11 au matin, à 39°,2; le soir à 38°,2; puis oscille entre 37°,2 et 38°. Dans l'observation XV, on trouve, le 10 au soir, 39°,2; le 11 au matin, 40°; le soir 39°,8; le 14 au matin, 39°; le soir 38°,6; le lendemain matin 39 degrés.

J'ai déjà observé ce paradoxe, dont j'ai donné l'explication suivante : Les pansements étant faits pendant le jour, la matière septique qui siège dans la plaie est détruite dans la journée, la température baisse et le soir elle est moins élevée que le matin; pendant la nuit, au contraire, les matières septiques séjournent dans la plaie, sont absorbées plus ou moins activement, et la fièvre qu'elles déterminent est, par suite, plus forte le lendemain matin.

J'ai fait pour la première fois cette remarque à propos d'une plaie d'amputation de cuisse traitée par le pansement à l'alcool[1]; le thermomètre donnait en chiffres ronds 39° le matin et 38° le soir. Pour juger l'hypothèse, il suffisait de changer l'heure du pansement, ce qui fut fait. L'appareil fut renouvelé à six heures du soir, et dès le premier jour la température reprit son type classique, c'est-à-dire son maximum le soir, avant le pansement, et son minimum le matin.

Il est probable qu'on eût obtenu le même résultat dans les cas actuels que dans le premier, si l'on avait pu faire une séance supplémentaire de pulvérisation pendant la nuit.

Dans le cas suivant, les eschares étant peu épaisses se sont détachées vite et n'ont jamais emprisonné le pus, aussi, malgré leur étendue, la température n'a-t-elle jamais été très élevée. Par contre les douleurs étaient très vives : le succès a une fois de plus démontré la puissance calmante du spray phéniqué.

1 Observation rapportée dans mes *Mémoires de Chirurgie*, t. II, p. 292.

Obs. XVII. — *Brûlures par le vitriol. Douleurs vives. Eschares superficielles. Fièvre modérée.*

Adrien C..., trente-deux ans, entré le 13 décembre 1884, salle Michon, n° 14, a été brûlé quelques heures auparavant par un jet de vitriol lancé par sa femme dans un accès de jalousie. Le liquide a atteint toute la face, en particulier le front, les paupières, le nez, puis a coulé le long des joues, et, arrêté par les vêtements, surtout par la chemise qui s'en est imbibée, a corrodé profondément le devant du cou et la partie supérieure de la poitrine, à droite, puis la fesse droite, la face externe de la cuisse, et la jambe du même côté.

Tous les points qui ont été en contact un peu prolongé avec le liquide sont gris clair ; les limites avec la peau saine sont bien tranchées. Les paupières sont boursouflées ou plutôt soulevées par un chémosis conjonctival énorme, plus marqué à l'œil droit, dont la cornée présente une coloration gris terne. On fait des deux côtés, sur la conjonctive, des scarifications qui déterminent un léger écoulement séro-sanguinolent. Pansement avec la pommade borique et l'ouate.

Pendant cinq jours le gonflement augmente progressivement à la face ; dès le troisième jour, apparaissent des douleurs vives. Le 18, elles sont intolérables et empêchent tout sommeil. Température : 38°,2 le matin, 39°,3 le soir.

Les eschares commencent à se ramollir et prennent une teinte jaunâtre. Le gonflement de la face, des paupières et des lèvres est considérable, le malade ressemble à un sujet hydrotomisé.

On fait alors trois séances de pulvérisation phéniquée par jour.

Dès le premier soir, les douleurs sont moins vives. Le lendemain 19, elles disparaissent complètement. Le gonflement de la face a beaucoup diminué.

La température n'a pas beaucoup baissé, parce que tous les points atteints par l'acide sulfurique ne sont pas soumis à la pulvérisation ; celle-ci peut être dirigée sur la face, mais difficilement sur le cou et la poitrine. D'ailleurs, le thermomètre n'a jamais dépassé 39° depuis la pulvérisation, et l'état général n'est pas mauvais. Appétit, sommeil.

Le 22, le gonflement a complètement disparu ; les paupières sont souples, revenues à leur état normal, le nez a repris son volume ; les lèvres et les joues ne présentent plus la moindre tuméfaction.

En certains points, les eschares superficielles sont entraînées peu à peu par le spray ; dans d'autres, elles commencent à se détacher, laissant au-dessous d'elles une plaie bourgeonnante, rose, granu-

leuse, de bon aspect. A partir du 24, la température ne dépasse plus 38°,5. Le 26, état général excellent; la température est encore un peu au-dessus de la normale, elle oscille entre 37 et 38°, parce qu'en quelques points il se forme des phlyctènes au-dessous des quelles séjourne un liquide séro-purulent. On continue les pulvérisations jusqu'au 31 décembre.

Dans le cas suivant, les brûlures, dues à la même cause, ont été beaucoup plus profondes et plus étendues. Cependant la température a été moins élevée.

Obs. XVIII. — *Brûlures par le vitriol. Eschares superficielles à la face et profondes au cou et dans le dos. Fièvre modérée.*

H..., vingt-huit ans, domestique, brûlée dans les mêmes circonstances que le malade de l'observation précédente, est apportée à la salle Lisfranc, n° 11, le 13 décembre 1884.

Le liquide a été versé de haut en bas et d'arrière en avant; en arrière, eschare épaisse formant sur la nuque une plaque d'un gris cendré, qui s'étend à la partie moyenne du dos. La figure est brûlée dans toute son étendue, mais assez superficiellement du côté gauche ainsi que les parties latérales du cou; le haut de la poitrine l'est plus profondément, moins toutefois que le dos. Les eschares de la face sont linéaires, sauf au niveau du nez, du menton et des parties saillantes du front. Les paupières, surtout la supérieure droite, sont fortement atteintes; chémosis marqué de l'œil droit, dont la cornée présente une légère teinte grisâtre. Pansement à la pommade borique sur tous les points lésés.

Le troisième jour, gonflement de la face; les paupières et le nez prennent un volume énorme; les eschares, devenues noirâtres, donnent à la figure un aspect repoussant, assez semblable à celui d'une variole confluente arrivée à la période de dessiccation.

Le 18, douleurs intenses, insomnie; la température s'élève de 37° à 37°,6, le 19 de 38° à 38°, 4; le sillon d'élimination des eschares apparaît; celles-ci se ramollissent peu à peu et laissent un petit intervalle entre elles et la peau saine.

Le 19, pulvérisation phéniquée, à deux séances par jour; dès le lendemain, la fièvre tombe (température 37°, 2) les douleurs cessent; le gonflement diminue; cinq jours après, le 24, il a totalement disparu et les traits, sauf la rougeur, ont repris leur aspect normal. Plus trace d'œdème des paupières; la malade peut ouvrir les yeux et la bouche, le nez a repris sa forme ordinaire. Les eschares sont entraînées peu à peu par la pulvérisation; toute la partie superfi-

cielle de la paupière supérieure est éliminée, ce qui fait craindre pour l'avenir un ectropion cicatriciel.

Au dos, la grande plaque de sphacèle se détache peu à peu.

L'état général est excellent ; jusqu'au 26 au matin la température oscille entre 37° et 37°,5; mais dans la journée les douleurs reparaissent dans le dos; la température remonte le soir à 38°, 4 et le lendemain matin à 39°. On découvre sous l'eschare un clapier renfermant du pus infect ; on résèque toute la portion décollée, et on fait immédiatement une pulvérisation sur la plaie ; la température tombe le soir à 38°,4 et le lendemain matin à 37°, 7; néanmoins, elle remonte encore à 38°,4 et à 38°, 8, jusqu'au 2 janvier. A ce moment, toutes les eschares sont tombées; il existe une vaste plaie bourgeonnante occupant le front, la face et le cou du côté droit, la nuque et le tiers supérieur du dos.

A partir du 1er janvier 1885, on panse la plaie tous les deux jours avec la poudre d'iodoforme recouverte d'ouate et d'un bandage ; on ne fait de pulvérisation que pendant les pansements.

Ce fait peut être compté comme un des beaux succès de la pulvérisation phéniquée en cas de brûlure, à cause de sa puissance analgésique et antipyrétique ; la température n'a atteint 39° que lorsque le pus a stagné sous l'eschare, et encore est-elle descendue aussitôt qu'ont cessé les accidents de septicémie par suite de la résection des parties mortifiées. Lorsque la plaie a commencé à bourgeonner, on suspendit la pulvérisation à cause de l'étendue et du siège des parties malades, et pour éviter le refroidissement; mais elle avait donné tout ce qu'on pouvait en exiger.

Nous avons constaté les bons effets de la pulvérisation dans un autre cas de brûlure étendue et profonde, jusqu'au moment où la suppuration devenue très abondante a fini par causer la mort.

Obs. XIX. — *Brûlure au troisième degré, très étendue. Cessation des douleurs et de la fièvre par la pulvérisation. Suppuration abondante. Mort* [1].

Angèle C..., dix-huit ans, entrée le 10 janvier 1884, salle Lisfranc, n° 17, pour une brûlure au troisième degré, par le pétrole, comprenant la face, les parties latérales des épaules et des lombes, la partie antérieure de la poitrine et l'épigastre jusqu'à la ceinture, les bras et les avant-bras.

1. Thèse de Charles, 1884, p. 32.

Les pulvérisations furent faites au moyen de deux pulvérisateurs, plusieurs fois par jour, et pendant une heure chaque fois, avec une solution phéniquée à 2 p. 100. Dans les intervalles, on recouvrait les parties de tarlatane humide. Les douleurs cessèrent presque immédiatement.

La fièvre, vive avant la pulvérisation (39 à 40°), tomba trois jours après à 37° et 38°. La malade put manger un peu. Néanmoins, la suppuration l'emporta le 12 février, après vingt-cinq jours de traitement. Les pulvérisations avaient néanmoins eu l'immense avantage de faire cesser les douleurs et de prolonger la vie.

Les lésions étaient tellement étendues que je n'eus jamais l'espoir de sauver cette malade. Je pensais même la perdre dans les deux ou trois premiers jours comme c'est la régle en pareil cas, aussi j'ai été fort étonné de voir la survie atteindre près d'un mois.

Le problème du traitement des brûlures très étendues n'est pas résolu. J'ai jadis essayé les bains prolongés et quasi permanents, mais n'ai jamais obtenu de résultats avantageux ; en tout cas ils n'ont point les propriétés sédatives de la pulvérisation.

Ce précieux moyen a encore été employé une fois dans des circonstances spéciales où les pansements ordinaires ne pouvaient être appliqués. Bien qu'il ne s'agisse ici ni d'érysipèle ni de brûlure, nous croyons devoir signaler ce fait à cause de son importance et de sa singularité.

Obs. XX[1]. — Un homme d'une trentaine d'années entre dans le service de M. le professeur Ollier, à Lyon, pour une lésion traumatique de l'avant-bras nécessitant l'amputation. L'opération faite, on applique le pansement de Lister, mais avec de grandes difficultés, à cause d'une hémorrhagie qu'on n'arrête qu'avec beaucoup de peine. Chaque fois qu'on renouvela ce pansement, les difficultés se reproduisirent. Le malade présentait une sorte d'hémophilie, et la perte de sang qui revenait quand on changeait les différentes parties du pansement devenant menaçante pour la vie de l'amputé, M. Ollier eut l'idée d'instituer les pulvérisations antiseptiques continues. Le moignon fut placé sous le jet d'un pulvérisateur qui fonctionna d'abord pendant trois jours sans interruption. Puis le spray ne fut appliqué que six à sept heures dans la journée en trois fois

1. *Thèse de Charles*, 1881, p. 7.

et enfin les séances furent de plus en plus éloignées jusqu'à la guérison du malade, qui survint sans autre accident.

Ce fait prouve, avec bien d'autres, que le pansement de Lister, si bon qu'il puisse être, n'est point une panacée et qu'il échoue en certains cas; — et que d'autre part le spray phéniqué doit prendre désormais place parmi les hémostatiques locaux.

En résumé, le spray phéniqué est une excellente méthode de traitement de l'érysipèle et des brûlures étendues. Il exerce une action antiseptique et analgésique puissante. Lorsque la région le permet, on peut lui associer le bain permanent antiseptique.

Dans les dix-neuf observations que nous avons rapportées, on ne peut lui imputer aucun des accidents survenus. Les deux cas de mort mentionnés sont dus à l'étendue des lésions qui aurait rendu également inefficace tout autre mode de traitement. Dans les autres cas, il paraît avoir toujours diminué la durée et la gravité du mal.

Dans l'érysipèle de la face et du cuir chevelu, la poussière phéniquée pénètre à travers la barbe et les cheveux jusqu'à la peau, empêche la formation des croûtes et constitue le moyen de traitement local le plus commode et le plus efficace.

[Sans vouloir étendre outre mesure cette note, je ne puis cependant passer sous silence deux faits dans lesquels la pulvérisation phéniquée prolongée a donné encore les résultats les plus avantageux.

Il s'agissait de destructions très étendues du cuir chevelu par suite de brûlures profondes. On eût dit que les deux sujets, l'un d'un âge mûr et l'autre adolescent, avaient été scalpés. La cicatrisation était interminable, car elle se détruisait au fur et à mesure qu'elle se produisait. Sous l'influence du spray phéniqué, répété deux à trois fois par jour, pendant une heure en moyenne, la cicatrisation s'effectua en moins de trois mois.

Dans un cas que j'ai actuellement en observation, je compte sur un succès semblable. Il s'agit d'une vaste brûlure du dos, pour laquelle on a tenté sans succès les greffes avec la peau de grenouille, — moyen, qui, soit dit en passant, ne m'inspire qu'une confiance fort modérée. — A. V. — 1885.]

DE L'INOCULATION DE L'ÉRYSIPÈLE

COMME MOYEN CURATIF

J'ai admis de tout temps la légitimité, l'utilité même de l'expérimentation en thérapeutique chirurgicale, à la seule condition qu'elle soit soumise à certaines règles d'ailleurs simples et d'une observance facile.

Il faut par exemple que le moyen nouveau qu'on veut essayer soit moins grave que le mal qu'on veut combattre — qu'il découle d'un *a priori* théorique rationnel et s'appuie sur les données d'une observation clinique rigoureuse; — qu'il compte enfin à son actif quelques probabilités de succès.

Si le moyen en question ne réunit pas cet ensemble minimum de conditions favorables, il vaut mieux s'abstenir, car l'essai en pareil cas devient aveugle et quasi criminel.

Ces réflexions s'appliquent à une pratique récemment préconisée en Allemagne, et que j'ai cru déjà devoir stigmatiser avec sévérité [1]. Je veux parler de l'inoculation préméditée de l'érysipèle pour guérir le cancer et divers néoplasmes, entre autres le lymphadénome et l'adénie.

La donnée première est spécieuse. Les auteurs ont depuis longtemps signalé des cas où un érysipèle survenant par hasard chez un sujet atteint de dermatose chronique ou de plaie rebelle, a procuré la guérison, d'où le nom d'*érysipèle salutaire* donné à cette variété.

J'ai moi-même, au temps où j'étais aide d'anatomie, vers 1849, observé un cas fort remarquable de ce genre.

Il y avait alors au quartier latin une fort belle fille, comme on peut en juger par le surnom de *la Fornarine* que lui avaient dé-

1. *Bulletin de l'Académie de médecine;* voir plus haut, p. 575.

cerné ses adorateurs. Malheureusement elle avait pour Bacchus un culte aussi fervent que pour Vénus, et l'abus des liqueurs alcooliques détermina chez elle un acné rosacea du plus fâcheux aspect. J'étais lié avec son amant d'alors, qui me consulta ; je fis diverses prescriptions qui n'eurent guère de succès, quand un beau jour survint un érysipèle dit spontané de la face, d'une grande intensité et qui mit ses jours en danger. Mais, au bout de quelques semaines, lorsque la desquamation fut faite et que la rougeur eût disparu, le teint avait repris son ancien éclat et la beauté était revenue dans son entier. Malheureusement, peut-être faute de traitement, ou par un retour aux mauvaises habitudes antérieures, la dermatose reparut au bout de trois ou quatre mois, et un an après elle était aussi prononcée qu'auparavant.

Depuis cette époque, c'est-à-dire en trente-six ans, je n'ai jamais vu l'érysipèle rendre service à ceux qui en étaient atteints. J'ai constaté à diverses reprises son pouvoir résolutif sur les néoplasmes, mais dans des conditions telles que le résultat final n'était rien moins que désirable. Ainsi j'ai vu l'érysipèle survenir chez deux sujets atteints de lymphadénome.

L'un d'eux, grand et fort, d'une cinquantaine d'années, que je vois encore couché au n° 30 de la salle Saint-Louis à l'hôpital Lariboisière, en 1868, avait le cou, les aisselles, les aines distendues par d'énormes masses ganglionnaires. En même temps, gonflement de la rate et leucocythémie considérable. Un érysipèle de la face survint ; les tumeurs fondirent à vue d'œil, à ce point que la mort étant arrivée au cinquième jour, nous pûmes à peine retrouver à l'autopsie les ganglions malades sous forme de petits foyers purulents. A coup sûr cet érysipèle ne fut pas salutaire..

Le second sujet était un épicier de Belleville, jeune, de taille moyenne, mais de structure athlétique. Le cou était doublé de volume et la gêne de la respiration très prononcée. Les ganglions étaient moins développés dans les autres régions du corps. Malgré ma défense, on fit usage, sur les conseils d'un empirique, d'une pommade qui irrita et excoria le derme. Un érysipèle se développa, qui emporta le malheureux jeune homme en trois ou quatre jours. J'appris également qu'à la veille de sa mort les tumeurs avaient presque disparu.

Un fait comparable a été publié récemment par M. le Dr Ricochon (de Champdeniers) ; nous en dirons quelques mots plus loin.

J'ai observé une terminaison fort analogue chez un malade atteint d'ostéosarcome énorme de la mâchoire inférieure avec envahissement

des ganglions cervicaux et du plancher de la bouche, ulcération des joues, etc. La masse néoplasique égalait avec ses dépendances le volume des deux poings. Un érysipèle s'étant développé fit en quelques jours disparaître à la fois la tumeur et le patient.

Tous les chirurgiens ont vu aux approches de la mort, surtout si le dénouement est accéléré par une maladie fébrile, cette rapide désassimilation des néoplasmes. L'érysipèle agit en pareil cas comme le ferait une pneumonie ou une septicémie aiguë.

Mais tous les néoplasiques atteints d'érysipèle ne mourant pas, on peut se demander quelle influence la complication exerce sur la tumeur, et si le patient bénéficie au moins dans une certaine mesure du danger qu'il a couru par le fait de la maladie infectieuse.

Je viens de voir un cas qui peut servir de document utile.

A la fin du mois de mai dernier, je suis consulté par une dame de cinquante ans, robuste, grasse, arthritique, pour un épithélioma de la région trochantérienne ulcéré depuis trois mois dans l'étendue d'une pièce de deux francs.

Je propose l'ablation, qui est acceptée; le jour est même fixé, lorsque la malade est prise de malaise et de fièvre. Un érysipèle part des bords de l'ulcération, s'étend à la cuisse et à la paroi abdominale, avec tous les phénomènes réactionnels ordinaires. Naturellement l'opération est ajournée.

Je revois la malade un mois environ après la disparition de l'exanthème. Le mal, loin d'avoir disparu, s'est notablement aggravé; l'ulcération est plus profonde et plus étendue.

Je l'opère au thermo-cautère dans les derniers jours de juillet 1885. Pansement ouvert avec la solution de sublimé au millième.

La cicatrisation est lente à se produire en raison de l'étendue de la perte de substance et du peu de mobilité de la peau dans cette région. La guérison s'effectue toutefois sans accident et sans la moindre menace d'érysipèle.

Mais, dira-t-on, les agents thérapeutiques ne sont pas toujours héroïques; tous peuvent échouer en certains cas et réussir en d'autres circonstances; l'insuccès d'un médicament n'impose pas sa proscription. Telle est la gravité des néoplasmes en général et du cancer en particulier; si notoire est l'impuissance de la médication interne et des applications topiques, si incertains sont les résultats opératoires, que tout ce qui offre quelque chance de succès peut être légitimement mis à l'épreuve.

Malheureusement la clinique a répondu depuis longtemps. Il faut en vérité avoir bien peu pratiqué la chirurgie pour n'avoir pas rencontré de femmes opérées de cancer du sein, qui, atteintes d'érysipèle pendant la cure, n'en ont pas moins présenté ultérieurement des récidives locales ou générales; ce qui atteste assez que la toxémie érysipélateuse n'a pas de prise sur la dyscrasie ou la diathèse néoplasique.

S'il en est ainsi, que penser de ces inoculations faites chez des malheureux opérés déjà deux ou trois fois, à moitié cachectiques, et dont les viscères récèlent déjà des dépôts secondaires? Ne peut-on pas se résoudre à les laisser mourir tranquilles?

Mais peut-on espérer, en infectant les néoplasiques, sinon les guérir radicalement, au moins retarder la marche de leur mal, et ainsi prolonger ou adoucir leur vie?

Ici encore il faut répondre négativement.

Les étrangers, qui reprochent parfois aux Français leur défaut d'érudition, ne feraient peut-être pas mal de connaître un peu mieux ce qui se dit et s'écrit sur les bords de la Seine.

En 1882, M. le Dr Pamard (d'Avignon), communiquait à la Société de chirurgie l'intéressante observation suivante[1] :

Un malade atteint d'épithélioma de la langue, siégeant à droite, un peu en arrière de la pointe, fut opéré largement avec le thermocautère en août 1880. La guérison fut complète, mais ne dura que trois mois; en février 1881, les ganglions sous-maxillaires du côté opposé s'engorgèrent et augmentèrent rapidement de volume, à tel point que l'opération, jugée possible à un certain moment, ne put bientôt plus être pratiquée. Au mois d'août la tumeur s'ulcéra; la déglutition était alors très gênée et la salivation abondante.

Le 21 août, un érysipèle part de l'ulcération et se propage à toute la face, au cuir chevelu et à la partie supérieure du thorax, avec fièvre vive. Pendant dix jours la vie fut en danger. Mais sous l'influence de l'érysipèle, la tumeur, qui avait le volume du poing, disparut presque en totalité; la dysphagie et la salivation cessèrent en même temps.

Ce répit fut de courte durée; la tumeur réapparut au bout de quelques jours dans les points qu'elle occupait d'abord, et de plus des végétations se montrèrent sur la moitié gauche du plancher

1. *Bull. et Mém. de Soc. de chir.*, 1882, p. 301.

buccal. Des injections interstitielles de papaïne amenèrent une inflammation gangreneuse de la tumeur, la cachexie fit des progrès rapides, et le malade succomba le 9 novembre.

M. Pamard rappela à ce propos une observation de A. Bérard, relative à un malade atteint d'un volumineux encéphaloïde sous-maxillaire; la tumeur disparut complètement sous l'influence d'un érysipèle de la face; mais au bout de quelque temps elle se reproduisit et le malade succomba.

M. Delens a observé un cas analogue à celui de M. Pamard. Il s'agissait d'une femme atteinte d'un énorme encéphaloïde du sein. A la suite d'un érysipèle la tumeur fondit en quinze jours, laissant une plaie bourgeonnante de 5 à 6 centimètres qui semblait vouloir guérir. Mais la végétation se reproduisit et la malade succomba.

M. Ollier (de Lyon), a vu aussi des tumeurs diminuer de volume après un érysipèle, puis augmenter rapidement ensuite. Il a observé ces particularités sur des tumeurs mammaires et ganglionnaires, et constaté aussi qu'elles pouvaient être influencées par d'autres maladies fébriles que l'érysipèle[1].

Chez mon malade atteint de cancer mélanique de l'anus et du rectum, dont j'ai parlé dans la discussion à l'Académie (p. 567), deux érysipèles graves survenus à deux mois d'intervalle n'avaient nullement enrayé la marche du néoplasme.

M. Ricochon a vu, de son côté, des tumeurs ganglionnaires multiples disparaître chez un de ses patients, mais reparaître ensuite avec la même rapidité.

Lymphadénome du cou et de l'aine. Érysipèle de la face. Disparition des masses ganglionnaires. Récidive trois semaines après[2].

Une dame de cinquante-cinq ans, d'une bonne santé jusqu'en janvier 1884, fut atteinte à partir de cette époque d'un développement progressif des ganglions cervicaux qui atteignirent un volume énorme; ils s'étendaient en arrière jusqu'au rachis, refoulant en avant le lobule des oreilles, et se rejoignaient sous la mâchoire

1. M. le Dr Augagneur, de Lyon, a même publié un intéressant travail pour démontrer que certains néoplasmes pouvaient disparaître spontanément (*Lyon médical*, 1881, t. 37, p. 213, 240, 281). En supposant donc que certaines tumeurs aient disparu définitivement après un érysipèle, on pourrait peut-être encore ranger ces cas parmi ceux de disparition spontanée.

2. Ricochon, *Disparition de lymphadénomes multiples à la suite d'un érysipèle*, in *Gaz. hebd.*, 20 juin 1885, p. 425.

par un chapelet volumineux; les amygdales et les glandules pharyngiennes participaient à cette hypertrophie; dans l'aine il existait une tumeur ganglionnaire du volume du poing. Gêne assez grande de la déglutition et de l'ouïe.

En octobre, érysipèle parti probablement d'une excoriation nasale, et qui envahit la face, sans incident particulier. La température ne dépasse pas 40 degrés. Mais dès l'apparition de l'érysipèle, les masses ganglionnaires subissent une régression évidente; au sixième jour le cou est dégagé et le pharynx libre. La déglutition et l'ouïe redeviennent normales; on sent encore les ganglions au cou et à l'aine, mais si peu que l'on considère la guérison comme complète, du fait de ce bienfaisant érysipèle.

Trois semaines plus tard, l'hyperplasie ganglionnaire recommençait; un mois après, elle avait reconquis le terrain perdu. A son niveau, la peau du cou s'était chagrinée, injectée, avait pris une teinte livide, de telle sorte qu'on eût plutôt cru, si l'on n'eût été prévenu d'avance, à quelque tumeur maligne, à un lympho-sarcome. Peu à peu les jambes se sont infiltrées, puis les mains et les paupières. A la fin d'avril la malade a succombé subitement, probablement à un épanchement intra-cranien.

Au cours de l'érysipèle, on n'institua aucune médication active. Un mois après sa disparition, un traitement arsenical rigoureusement suivi par la voie stomacale et les injections dans les tumeurs n'amena aucun résultat.

Nous n'ignorons point qu'on a publié des cas dans lesquels des néoplasmes malins ont été donnés comme guéris à la suite d'un érysipèle.

Stein a rapporté un cas de tumeur du sein (sarcome ou cancer) disparu de cette manière (*Vratch*, 1882, p. 262), et a cité d'autres faits où une terminaison analogue avait été observée : trois de Mosengeil, dont un cas d'épithélioma de la région auriculaire, un de cancer de la mamelle, et un de cancer du nez, des tempes et des joues (*Arch. de Langenbeck*, 1870, t. XII, p. 68 et 107); — trois cas de sarcome publiés par Busch (*Berliner klin. Woch.* de 1866 et 1868); — un cas de Legrand (*Schmidt's Jahrb.*, t. LXIII, p. 177 et *Revue médicale de Paris*, 1848, t. II, p. 434); — quelques cas insérés dans une thèse de Bonn, soutenue par Hahn, en 1870; — un de Lussana (*Bull. de thérap.*, 1869, vol. LXXVI, p. 426) et un de Zarubin.

Mais les malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on sache ce qu'ils sont devenus, ni si la disparition du néoplasme a eu

lieu sans retour[1]; dans certains cas même, les auteurs ont attribué cette disparition à des injections de pepsine qui avaient été suivies d'érysipèle et non à l'érysipèle lui-même (Lussana, Fortunato Tassini, Zarubin, etc.).

En revanche, on trouvera dans la thèse déjà citée de M. Maurice Denucé (p. 38), une analyse des observations de Fehleisen, Janicke et Neisser, où l'inoculation de l'érysipèle a été faite de propos délibéré; les résultats ne sont pas encourageants. Sur huit cas, il y eut un décès absolument imputable à l'érysipèle provoqué ; dans trois cas il s'est produit des phénomènes inquiétants, collapsus ou épanchements pleurétiques ; il n'y eut de résultat thérapeutique favorable que dans l'un de ces derniers, et encore toute la tumeur n'avait-elle pas disparu.

Certains de nos compatriotes ayant grande tendance à chercher quand même au delà des frontières le mot d'ordre du progrès chirurgical, il faut s'attendre à voir quelque jour nos pauvres cancéreux soumis à l'inoculation de l'érysipèle, sous prétexte que le cancer, par sa gravité, justifie toutes les audaces thérapeutiques; — que l'érysipèle, grave seulement par ses complications, ne tue jamais par lui-même, — ce qui est une erreur énorme ; — enfin parce que la chose a été faite à l'étranger par quelques excentriques.

Or, sans me dissimuler la trop fréquente inutilité des revendications en faveur du sens commun, je me permettrai de présenter à ceux de mes confrères qui voudraient imiter les praticiens d'outre-Rhin, les réflexions qui précèdent et les faits qui leur servent de base.

1. Fehleisen dit cependant qu'un des malades de Busch, atteint de lymphadénome, contracta un érysipèle qui fit diminuer la tumeur d'une façon notable, mais que celle-ci repullula plus tard. Ce fait aurait donc pu suffire à l'éclairer, *a priori*, sur la valeur de son idée thérapeutique.

On avait donné l'érysipèle à ce malade en le faisant coucher dans un lit où tous les opérés contractaient cette affection (Voir la thèse de Denucé, p. 39).

DES PHÉNOMÈNES A DISTANCE

APRÈS LES LÉSIONS TRAUMATIQUES[1]

Par le Dr L.-H. Fichot, de Jonzac.

Si la nosographie se perfectionne incessamment, si les descriptions de maladies deviennent de jour en jour plus complètes et plus exactes, en revanche les cadres généraux de la pathologie restent à peu près tels que nous les ont légués nos arrière-grands-pères. Les divisions dichotomiques y sont toujours en honneur et tous les faits doivent bon gré malgré rentrer dans l'une ou l'autre des deux colonnes ouvertes.

J'ai déjà montré, à propos de la classification des blessures en exposées et non exposées, l'insuffisance de cette dichotomie ; la thèse de M. Fichot en fournira une autre preuve.

Le courant actuel qui pousse vers les résultats pratiques immédiats fait considérer l'achèvement de la pathologie comme une chose fort accessoire. Il y a là une grosse erreur.

La science à cette heure est submergée sous la masse des documents analytiques; elle aurait impérieusement besoin de synthèse ; mais comment l'obtenir si l'on confond ce qui doit être séparé et si l'on sépare ce qui doit être réuni ?

Pour ma part, j'ai toujours cru que le moyen le plus sûr d'arriver à la connaissance complète d'un sujet compliqué consistait d'abord à le définir clairement, puis à y introduire dès le début toutes les divisions nécessaires. Si j'ai apporté quelque lumière dans l'étude si vaste du traumatisme, c'est bien certainement grâce à cette manière de faire.

La thèse de M. Fichot est la reproduction de deux leçons faites

1. Thèse inaugurale, Paris, 15 mars 1872.

à mon cours à la Faculté en décembre 1871. Malheureusement ce travail, rédigé à la hâte et sur des notes très concises par un écrivain très jeune et partant un peu novice, laissait beaucoup à désirer par la forme. J'ai dû corriger les principales imperfections de cet ordre.

Le sujet, à mon sens, reste fort important et j'ai le regret bien vif de ne pouvoir, faute de temps, le refondre et le compléter. En effet, il serait facile aujourd'hui non seulement de multiplier les exemples, de les choisir plus concluants, mais surtout d'expliquer beaucoup mieux que je ne le faisais en 1871 certains faits qui, à cette époque, me semblaient obscurs. Il suffirait de faire des emprunts aux recherches physiologiques sur les actions d'arrêt et les zones réflexogènes, aux études pathologiques sur les lieux de moindre résistance et sur la propagation des affections parasitaires, etc.

Puisse cette étude tenter quelques jeunes auteurs animés du désir de servir utilement la science. — A. V. 1885.

Depuis la production d'une lésion traumatique jusqu'à sa terminaison, on observe une série de phénomènes que les classiques ont divisés en *locaux* et *généraux*, les premiers apparaissant au point blessé lui-même, les seconds envahissant l'économie tout entière.

Cette division n'est pas suffisante. Si, en effet, on observe une blessure pendant toute sa durée, on reconnaît qu'elle peut servir de point de départ à un certain nombre de phénomènes qui ne sauraient être dits ni locaux ni généraux.

Voici quelques exemples :

Après une plaie profonde du cou intéressant le grand sympathique, il y a contraction de la pupille de l'œil correspondant.

Après une blessure de l'aisselle, il y a insensibilité d'un ou de plusieurs doigts, paralysie d'un ou de plusieurs muscles de l'avant-bras ou de la main.

La section d'une grosse artère, la fémorale, je suppose, peut amener le refroidissement, la pâleur, l'ischémie, la gangrène même de plusieurs orteils ou de tout le pied.

La ligature de la carotide primitive peut être suivie d'hémiplégie du côté opposé.

L'écrasement d'un doigt est suivi parfois de trismus ; une contusion, une plaie peuvent arrêter subitement les règles à une époque plus ou moins rapprochée de leur apparition ; le contraire n'est pas rare, une opération sur la vulve ou le vagin faisant revenir prématuré-

ment les règles ou les rappellant même chez une femme ayant passé la ménopause.

La rétention d'urine à la suite de la luxation sus-pubienne de la cuisse est signalée déjà par Hippocrate; elle est très commune après les opérations sur l'anus, la vulve, le col utérin, même après l'ablation du sein.

La piqûre de la cornée détermine le larmoiement et celle de l'iris le vomissement.

Les blessures de l'urèthre sont souvent suivies de congestion rénale et de symptômes décrits sous le nom de fièvre uréthrale.

A la suite de fracture de jambe, on a vu survenir la mort subite par embolie de l'artère pulmonaire.

Il est fréquent de noter l'hydarthrose du genou après les fractures de la cuisse et même de la jambe.

Or, comment classer ces phénomènes, qui ne sont point locaux, puisqu'ils se produisent à une distance plus ou moins considérable du foyer pathologique, ni davantage généraux, car ils n'affectent pas tout l'organisme? Sans doute, ils sont connus et même indiqués dans les livres après les blessures qui les provoquent; mais personne encore n'a songé à en faire une classe distincte et à les étudier dans leur ensemble, comme cela a été fait pour les symptômes locaux et généraux.

M. Verneuil a cru devoir établir la classification suivante :

Phénomènes locaux;

Phénomènes généraux;

Phénomènes distants.

Nous étudierons ici les phénomènes distants ou à distance, non avec la prétention de faire une monographie complète, mais pour combler une lacune et fonder un groupe qui devra désormais trouver place dans les traités de pathologie générale.

Définition. — Nous appelons phénomène distant ou à distance, tout phénomène primitif ou consécutif survenant à la suite d'un trauma et apparaissant dans des organes plus ou moins éloignés du foyer traumatique et respectés par la violence initiale[1].

1. Les lésions traumatiques n'ont pas seules le privilège de faire naître les phénomènes distants. Les affections chirurgicales dites spontanées possèdent le même pouvoir, et aussi les lésions et affections d'ordre médical. Les considérations ici présentées à propos des blessures seraient facilement applicables au reste de la pathologie externe et à la pathologie interne tout entière. — A. V. 1885.

L'apparition dans un point éloigné de la blessure, et non atteint primitivement par elle, est donc la caractéristique du phénomène distant.

Cette définition permet non seulement de limiter le sujet, mais encore d'assigner une place à certains accidents traumatiques qu'il serait bien difficile de classer soit parmi les phénomènes locaux, soit parmi les phénomènes généraux. Supposons par exemple une adénite inguinale consécutive à une écorchure du pied; les deux foyers morbides se trouvant distants de près d'un mètre, il n'est guère possible de considérer l'adénite comme un symptôme local de la plaie pédieuse, mais il serait plus singulier d'en faire un symptôme général. Même remarque pour l'emphysème traumatique généralisé à la totalité du corps à la suite d'une fracture de côte. Ce n'est point un symptôme local, puisqu'il se montre dans une grande étendue; ce n'est point cependant un phénomène général, puisqu'en dehors de la paroi thoracique et du tissu conjonctif sous-cutané, tous les autres organes, appareils et systèmes sont indemnes. On se tire d'embarras en admettant alors des lésions distantes développées en dehors de la zone traumatique, c'est-à-dire du foyer primitif et circonscrit de la blessure.

On peut d'ailleurs distinguer deux variétés, suivant que les foyers sont absoluments distincts et isolés par une zone plus ou moins étendue de tissus sains, ou qu'ils restent en communication directe par des tissus lésés : ce qui a lieu pour l'adénite inguinale reliée à l'écorchure du pied par la lymphangite occupant le membre inférieur, et pour l'emphysème sous-cutané resté en continuité avec la blessure du poumon par l'intermédiaire de la plèvre, de la fracture costale et du tissu conjonctif sous-cutané des parois thoraciques.

Certains accidents qui surviennent à la suite de la blessure d'organes importants entraînent des conséquences graves qu'on pourrait ranger parmi les phénomènes généraux : telle la suspension de la respiration et la mort consécutive à une lésion du bulbe rachidien; néanmoins il s'agit encore ici d'un simple phénomène à distance qui ne se produit point dans la zone traumatique; si la mort arrive, c'est par la seule paralysie des muscles respiratoires, ce qui exclut l'idée d'un phénomène général.

On se gardera de confondre les phénomènes à distance avec les lésions traumatiques multiples qui surviennent quand une même violence blesse simultanément plusieurs points du corps ou que celui-ci est assailli par plusieurs agents vulnérants : fracture de divers os après une chute d'un lieu élevé; coïncidence d'une frac-

ture avec une plaie extérieure et une contusion viscérale; plaies multiples en différentes régions faites par le même agent vulnérant ou par des corps différents, etc.

Les phénomènes à distance peuvent se montrer dans tous les organes et tous les appareils; ils peuvent revêtir toutes les formes morbides : douleurs, paralysies, spasmes, inflammations, congestion, ischémie, gangrène. Ils consistent tantôt en lésions anatomiques, tantôt en troubles physiologiques portant sur toutes les grandes fonctions de circulation, de nutrition, de motilité, de sensibilité, etc.

Nous allons en passer en revue les principaux genres.

PHÉNOMÈNES A DISTANCE DANS L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Lorsque les gros vaisseaux sont intéressés dans une plaie, on observe, outre les symptômes locaux, des phénomènes importants en des points plus ou moins éloignés de la blessure.

En cas de section artérielle par instrument tranchant ou par projectile, tout n'est pas fini quand l'hémorrhagie est arrêtée spontanément ou par le chirurgien, et l'on constate dans la partie qui reçoit le sang du vaisseau blessé des modifications diverses.

Si la fémorale est coupée, la peau du pied et de la jambe devient pâle et exsangue, le membre se refroidit et s'engourdit; parfois cependant on y observe au bout d'un certain temps une augmentation de température qui résulte de l'afflux du sang dans les capillaires lorsque la circulation tend à se rétablir.

Tout reviendra à l'état normal si le cours du sang se rétablit par les artères collatérales, ce qui a lieu souvent chez les jeunes sujets grâce à l'élasticité des parois artérielles. Chez le vieillard, au contraire, cette circulation collatérale s'établit difficilement à cause de la rigidité et de la résistance des artères : le pouls n'est plus perceptible, l'accroissement de chaleur signalé plus haut manque ou disparaît bientôt, et la température de la région ischémiée se rapproche de celle du milieu ambiant; l'engourdissement est remplacé par la douleur pendant que la peau et les tissus sous-jacents deviennent insensibles au point qu'on peut les traverser avec un instrument piquant sans provoquer ni souffrance ni écoulement de sang. Les téguments prennent un aspect livide, des eschares d'abord grises puis noirâtres se forment, le membre se dessèche ou se tuméfie suivant la forme que prend la gangrène, laquelle envahira tantôt

les orteils, tantôt le pied, la jambe et même le membre tout entier.

La ligature de la carotide primitive peut amener immédiatement la syncope ou une hémiplégie du côté opposé; si la circulation se rétablit par l'hexagone de Willis, ces phénomènes pourront manquer ou disparaître vite, sinon on reconnait dans l'hémisphère en question une altération des éléments anatomiques qui correspond au ramollissement et à la gangrène.

Les mêmes phénomènes distants ont été notés à la suite d'une injection coagulante pratiquée dans un sac anévrysmal. Ils sont dus à un caillot fibrineux détaché de la paroi anévrysmale et qui va obturer une artère périphérique. Si l'embolie part d'un anévrysme carotidien, on peut observer des troubles dans les organes des sens ou dans la motilité et la sensibilité de la moitié opposée du corps.

Les veines blessées, lorsqu'elles deviennent le siège de thrombus, donnent également lieu à des phénomènes à distance lorsque les caillots viennent à se détacher; de là les infarctus viscéraux et les embolies mortelles si l'artère pulmonaire ou ses grosses branches sont obstruées. Cet accident n'est pas rare chez les femmes en couches, mais il se présente aussi à la suite des fractures et de celles de la jambe en particulier. M. Azam (de Bordeaux) a bien étudié ces embolies sanguines; il a indiqué leurs causes, leur marche, les accidents qu'elles déterminent et leur prophylaxie.

On a décrit également dans différents organes et surtout dans les poumons des embolies graisseuses consécutives à des fractures compliquées ou non et suivies généralement de mort rapide.

L'air introduit directement dans les veines, à la suite des plaies du cou par exemple, peut former aussi des embolies aériennes dans les capillaires du poumon; la circulation se trouve de la sorte mécaniquement interrompue et la mort subite a lieu comme en cas d'obstruction de l'artère pulmonaire.

Indépendamment de ces phénomènes distants d'ischémie et d'obstruction, les lésions traumatiques déterminent encore des troubles circulatoires en des points plus ou moins éloignés. La menstruation est fréquemment influencée par un trauma accidentel ou chirurgical : elle peut s'arrêter tout à coup plus ou moins longtemps après son apparition et aussi réapparaître inopinément en dehors de l'époque ordinaire. On a vu enfin une lésion traumatique rappeler les règles longtemps après la ménopause. Ces anomalies s'expliquent par l'action qu'exerce le traumatisme sur la contraction musculaire, cause physiologique de l'éruption des règles; suivant que cette contraction cesse ou se produit, le sang s'arrête ou reparaît.

D'autres phénomènes congestifs surgissent dans divers organes : ainsi dans les plaies de l'abdomen, dans l'étranglement herniaire, dans la kélotomie, on observe assez souvent la congestion pulmonaire. La congestion encéphalique rapide traduite par le délirium tremens est commune chez les ivrognes blessés; la congestion hépatique survient chez les mêmes sujets et dans les mêmes conditions; elle se reconnaît à la coloration rose particulière que prennent les urines. Les lésions uréthrales : cathétérisme, uréthrotomie, etc., déterminent très aisément la congestion rénale et ses conséquences, fièvre, anurie ou oligurie, symptômes urémiques, etc. Nous avons vu dans le service de M. Verneuil une femme prise de congestion ovarique avec douleurs vives dans la fosse iliaque gauche à la suite de l'extraction d'ailleurs très facile d'un polype fibreux de l'utérus.

Ces phénomènes congestifs apparaissant dans un organe distant de la blessure ont d'autant plus de chances de se produire que cet organe aura été ou sera encore lésé, c'est-à-dire devenu *locus minoris resistentiæ*. Ainsi le malade antérieurement atteint de néphrite aura plus de chances que tout autre d'avoir une attaque de congestion rénale après une lésion de l'urèthre. Si le foie se congestionne souvent après les blessures chez les alcooliques, c'est que ce viscère est un de ceux que l'alcool altère le plus fréquemment.

Les phénomènes distants ont souvent pour siège le système lymphatique; ils s'y produisent soit par propagation de proche en proche, soit par le processus embolique. C'est ainsi que naissent les adénopathies; les lymphangites superficielles et les lymphangites profondes donnent lieu aux abcès intermusculaires sur lesquels Dolbeau insistait beaucoup.

PHÉNOMÈNES A DISTANCE D'ORDRE NUTRITIF

Ils surviennent principalement après les lésions du système nerveux central ou périphérique et consistent en atrophie ou hypertrophie et en lésions cutanées.

Après la section d'un nerf, les muscles qu'il anime seront frappés d'atrophie d'autant plus rapide que le bout périphérique sera plus irrité ou enflammé. Dans ce cas, un membre peut perdre en quelques jours un quart de son volume. M. Brown-Séquard a vu les muscles du pouce s'atrophier après une blessure du nerf cubital. Valleix rapporte un cas de plaie du nerf sus-orbitaire suivie de paralysie et

d'atrophie des muscles de la face et de l'œil du même côté. C'est à un mécanisme semblable qu'il faut attribuer l'ulcération de la cornée survenant à la suite de la section de la cinquième paire. Ces atrophies réflexes consécutives à des lésions nerveuses ne peuvent guère s'expliquer qu'avec l'existence de nerfs spéciaux destinés à la nutrition et dits nerfs trophiques.

L'ischémie, quand elle ne conduit pas à la gangrène, peut amener l'atrophie des parties insuffisamment nourries. Curling a remarqué que dans les fractures le fragment séparé de l'artère nourricière subit un certain degré d'atrophie manifeste surtout dans les os en voie de développement.

Quand les organes sont pairs, l'atrophie de l'un d'eux entraîne habituellement l'hypertrophie de l'autre. Cependant la lésion d'un des nerfs optiques est parfois suivie de l'atrophie du nerf opposé et d'amaurose.

Lorsqu'un nerf blessé est atteint de névrite, on peut voir survenir un travail hypertrophique. Ainsi on a noté un épaississement marqué de l'épiderme et un accroissement des poils. M. Larue cite dans sa thèse (Paris, 1871) un cas de contusion du nerf cubital au coude, suivie d'une hypertrophie de l'avant-bras.

Les blessures des nerfs font apparaître du côté du tégument des lésions qui ont été signalées surtout par les chirurgiens américains, Weir Mitchell, Morehouse, etc. La peau devient rouge ou bleuâtre et luisante, le membre s'œdématie. Ces phénomènes sont dus, suivant ces auteurs, à la paralysie des nerfs vaso-moteurs.

On a particulièrement signalé les troubles du côté de la peau des mains et des pieds, l'érythème, les vésicules, bulles, engelures, ulcérations superficielles. Le zona se rattache aux éruptions d'herpès ; il est assez commun après les lésions traumatiques et se montre dans une région peu éloignée de la blessure. Nous avons vu dans la guerre de 1870 un mobile qui, huit mois après une fracture de côte, fut pris d'un zona intense ayant à peu près la direction de l'os fracturé.

Les eschares sont communes après les blessures de la moelle épinière ; elles se produisent rapidement, quelquefois dès le deuxième jour et peuvent être distinguées de celles du décubitus. Ces dernières n'apparaissent qu'à la longue et dans le cours des maladies adynamiques ; elles se montrent d'ailleurs exclusivement au sacrum, aux fesses, sur les grands trochanters, aux malléoles, aux talons, en un mot au-dessous de la lésion médullaire. M. Couyba signale une incurvation latérale ou transversale des ongles, qui peut leur faire prendre l'aspect de griffes et provoquer l'onyxis.

Les articulations situées au-dessous d'un nerf blessé et enflammé sont parfois envahies au bout d'une ou deux semaines et même plus tardivement, d'un gonflement qui rappelle celui du rhumatisme articulaire subaigu, mais sans changement de coloration de la peau. M. Couyba a vu une blessure du nerf médian suivie du gonflement des articulations du pouce, de l'index et du médius, et une plaie par arme à feu de la colonne cervicale provoquer une paralysie des membres supérieurs et un gonflement des articulations des doigts. Ces arthropathies d'origine nerveuse peuvent être suivies de subluxation.

On observe simultanément des troubles de la calorification locale. Au début, le membre est généralement plus chaud ; la température s'abaisse dans la suite. Ces phénomènes sont surtout marqués après la section du grand sympathique.

PHÉNOMÈNES A DISTANCE DANS LE SYSTÈME GLANDULAIRE

Ils sont nombreux, car il est rare qu'une glande avoisinant une région blessée ne devienne pas le siège de quelque trouble secrétoire. La secrétion d'ailleurs peut être augmentée ou diminuée, suspendue ou pervertie.

A la suite de blessures même fort légères, le corps tout entier peut se couvrir de sueur. M. Couyba formule à cet égard la règle suivante : si après une section ou une distension nerveuse le membre est anesthésié, la sécrétion sudoripare se suspendra et la peau se desséchera. S'il y a au contraire hyperesthésie et crises névralgiques, la sueur apparaîtra en abondance et deviendra très acide. MM. Weir Mitchell, Morehouse et Keen ont observé cette acidité avec odeur très pénétrante chez un soldat dont le plexus brachial avait été lésé. Dans un autre cas où le côté blessé était anesthésié, il y avait diminution de la sueur au cou, au bras, à la poitrine ; mais en revanche secrétion exagérée du côté sain. Dans une observation de M. Larue, une plaie, non douloureuse d'ailleurs des nerfs sciatiques poplités interne et externe, donna lieu à une douleur locale du talon avec augmentation partielle de la sueur du pied.

En général, les secrétions sont augmentées quand le trauma porte sur un organe voisin des glandes. C'est ainsi que le larmoiement succède à une blessure de la cornée ou à une contusion de l'œil ; que les plaies de la bouche ou de la langue provoquent l'hypersécrétion de la salive.

Les blessures de l'encéphale ou de la moelle épinière modifient la sécrétion urinaire et amènent la polyurie, l'oligurie, l'anurie, la dysurie, la glycosurie, l'albuminurie, etc. Un homme, cité par Vigla, ayant fait une chute sur les reins, eut d'abord une hématurie suivie de polyurie simple quelques jours après.

Lancereaux cite un homme de vingt-quatre ans, qui, atteint de contusion de l'hypochondre droit, fut glycosurique pendant quelques jours, et après polyurique et boulimique.

L'oligurie et l'anurie s'observent également à la suite des lésions de la colonne vertébrale. Ainsi Diday a vu la suppression urinaire après une luxation de la troisième vertèbre cervicale, et Brodie vingt-quatre heures après une blessure de la moelle ne retira par le cathétérisme que quatre onces d'urine[1].

Cette urine d'ailleurs après les lésions traumatiques médullaires, devient rapidement alcaline et ne reprend son acidité normale que lorsque la moelle cesse d'être malade. La rétention d'urine existe souvent après les traumas les plus variés : luxation de la cuisse, fracture du fémur, excision et cautérisation du col utérin, opérations sur l'anus et en général sur toute la sphère ano-génitale dans les deux sexes.

M. Verneuil a rapporté le cas d'une femme opérée deux fois de cancer du sien et qui a été atteinte chaque fois de rétention d'urine. A la seconde opération elle a dû être sondée pendant huit jours.

PHÉNOMÈNES A DISTANCE DANS L'APPAREIL MOTEUR

La paralysie du mouvement survient très rapidement en cas de lésion nerveuse. Cependant l'irritabilité musculaire persiste dans les muscles correspondants pendant plus de douze semaines (Laugier) et quelquefois plus de deux ans (Brown-Séquard, Vulpian, Martin-Magron) ; elle survit à la motricité des nerfs, qui d'après les expériences de Longet se perd, chez tous les mammifères, environ quatre jours après leur séparation des centres nerveux. Ce n'est qu'après l'atrophie et la perte d'excitabilité du nerf que le muscle à son tour s'atrophie et devient inexcitable. La paralysie toutefois peut exister sans atrophie et réciproquement, ce qui prouverait l'existence des nerfs trophiques.

1. Voir le travail de M. Nepveu sur l'*Oligurie et l'anurie traumatiques*, in *Gaz. hebd.*, 1877, p. 100.

Il est inutile de citer des exemples de paralysie à distance portant sur des muscles dont les nerfs ont été coupés; nous rappellerons seulement les paralysies indirectes ou réflexes atteignant des muscles lointains sans relation directe avec les nerts moteurs lésés.

Seligmüller a vu deux cas de paralysie traumatique du plexus brachial, qui outre les phénomènes du côté du bras, s'accompagnait d'un rétrécissement de la pupille et d'une diminution de l'ouverture palpébrale.

Weir Mitchell, Morehouse et Keen ont mentionné une paralysie des deux bras à la suite d'une lésion traumatique du cou et de l'os hyoïde — une paralysie du nerf crural par irritation du nerf sciatique — une paralysie des deux membres inférieurs et d'un bras après une blessure d'un nerf crural. Legouest cite un cas de paralysie du bras et de l'avant-bras par lésion des filets du nerf musculo-cutané.

Larrey père raconte que beaucoup de soldats eurent le bras entièrement paralysé à la suite de blessures mêmes légères et sans lésion osseuse.

Brown-Séquard explique les paralysies réflexes de cause périphérique par une altération des centres nerveux, et les paralysies réflexes de cause centrale par des actions d'arrêt. Il donne les exemples suivants : En cas de fracture ou de luxation des vertèbres supérieures, une lésion du bulbe amène la mort par arrêt de la circulation; — les contusions de l'abdomen, les froissements du testicule, certaines opérations sur les organes génitaux et la kélotomie peuvent amener une syncope mortelle par arrêt du cœur. Les contusions du cerveau, du bulbe, de la région cervicale et de la moelle occasionnent la syncope pulmonaire, autre genre d'action d'arrêt[1].

Le mouvement au lieu d'être aboli peut être diminué ou augmenté. En cas de diminution, il existe seulement une sorte d'engourdissement, de parésie musculaire; l'exagération de la motilité au contraire se manifeste sous forme de convulsions cloniques ou toniques. Les premières se montrent surtout dans les premiers jours; elles coexistent avec les névralgies et siègent principalement dans le membre blessé; les secondes prennent la forme de contracture ou de tétanos. Les contractures sont communes après les piqûres des nerfs et après les blessures du cerveau. Le tétanos est une convulsion tonique qui se produit en général loin de la blessure, c'est donc un type de phénomène à distance; quelquefois un seul

1. On sait que depuis l'époque où a été écrite la présente thèse, les phénomènes d'arrêt et d'inhibition ont été l'objet de nombreux écrits.

muscle, le masséter, est atteint; mais les autres muscles peuvent être envahis à leur tour. Le tétanos peut revêtir alors les caractères des phénomènes généraux à cause des troubles qui éclatent dans l'économie tout entière.

Lorsqu'on découvre la cause de cette contracture réflexe et qu'on peut la supprimer, on arrive à guérir la maladie. M. Lachanaud (*Th. de Paris*, 1871) rapporte le cas d'un blessé dont un fragment d'obus avait traversé une cuisse pour aller se loger dans l'autre; huit jours après, trismus persistant, malgré une dose quotidienne de 12 grammes de chloral. Au vingtième jour, extraction du projectile qui pesait 250 grammes. A partir de ce moment, le trismus diminua de jour en jour et disparut sans traitement.

Brown-Séquard fit également cesser trismus et convulsions en extrayant une aiguille implantée dans le genou d'une dame.

L'épilepsie traumatique appartient aussi à la catégorie des convulsions réflexes. M. Briand a rapporté trois observations de ce genre (*Th. de Paris*, 1871).

Garçon de quatorze ans, écrasement de la main sous une roue de voiture; un an après, première attaque d'épilepsie sans cause déterminée appréciable. — Homme de vingt et un ans, reçoit à huit ans un coup de pied de cheval qui le tient au lit deux mois; la première attaque épileptique survient six mois après l'accident. — Ch. B..., vingt-trois ans, reçoit à l'épigastre, le 2 novembre 1870, un violent coup de crosse; au bout de six mois, première attaque convulsive.

Ces faits permettent de compter le traumatisme parmi les causes de l'épilepsie.

PHÉNOMÈNES A DISTANCE DANS L'APPAREIL SENSITIF

La blessure d'un nerf peut provoquer dans le champ de distribution de ce nerf des troubles divers de la sensibilité : augmentation, diminution, abolition, perversion. Du côté de la peau, on constate l'abolition généralement simultanée des sensibilités à la température, au contact et à la douleur; les muscles peuvent perdre en même temps leur sensibilité spéciale; cette perte accompagne d'ordinaire les troubles de la motilité, mais peut aussi se montrer seule.

L'insensibilité survient ordinairement aussitôt après la blessure;

par exception, elle se manifeste tardivement. Duchenne (de Boulogne) cite un cas de diminution de la sensibilité de la main avec paralysie des interosseux apparaissant quatre semaines après une contusion légère du nerf cubital.

L'hyperesthésie se traduit par de vives douleurs et survient surtout quand le nerf a été incomplètement divisé. La névralgie traumatique occasionne tantôt des douleurs sourdes et obtuses dans tout le membre, tantôt des élancements violents sur le trajet du nerf blessé; les souffrances peuvent remonter vers le centre, passer par le membre opposé et se propager dans les nerfs voisins; elles commencent quelquefois par l'extrémité des membres, doigts et orteils, et remontent jusqu'au point blessé.

Voici deux exemples curieux de douleur à distance observés par M. Verneuil.

Chez une femme atteinte d'anus contre nature, on dut placer à diverses reprises l'entérotome pour diviser l'éperon. A chaque application on voyait survenir, outre divers troubles, vomissements, hoquet, etc., une douleur extrêmement vive à l'ombilic (Guérard de la Quesnerie, *Th. de doct.*, Paris, 1870).

Chez une femme, l'extraction d'un polype muqueux de la fosse nasale gauche provoqua une douleur tellement violente dans la deuxième grosse molaire du même côté, qu'il fallut cesser l'opération; un nouvel essai renouvela la même douleur; il fallut employer le chloroforme.

On pourrait établir des divisions dans l'étude des phénomènes distants; ainsi les distinguer en *immédiats :* larmoiement après la piqûre de la cornée; en *tardifs :* atrophie après la section d'un nerf; en *constants* et *prévus :* insensibilité après la section d'un nerf sensitif et paralysie musculaire après celle d'un nerf moteur, et *possibles* mais *non nécessaires*, et quelquefois même *très rares :* gangrène après une ligature d'artère, tétanos après une opération, etc.

PATHOGÉNIE

Les phénomènes à distance se montrent : 1° dans l'appareil même auquel appartient l'organe lésé : plaie de l'urèthre, congestion rénale; opération sur le vagin, apparition des règles; blessure de la cornée, larmoiement; lésion du larynx; toux, etc...

2° Dans un appareil différent : plaie de l'iris, vomissements; ablation du sein, rétention d'urine; contusion du crâne, polyurie.

L'apparition d'une lésion ou d'un trouble fonctionnel dans un organe éloigné du point blessé et n'ayant éprouvé aucune violence implique une connexion quelconque entre le foyer traumatique primitif et le foyer pathologique secondaire. Or, cette connexion est établie de trois manières : par continuité de tissu, par intermédiaire du système vasculaire et par entremise du système nerveux.

Nous citerons comme exemple du premier genre : l'ecchymose tardive qui se montre loin d'un foyer de fracture; l'emphysème généralisé à la suite d'une plaie de la trachée ou de la plèvre; la pleurésie après l'extirpation du sein; l'orchite après le cathétérisme. Tantôt le tissu conjonctif se prête à l'extension de la lésion, tantôt c'est l'inflammation qui se transmet d'un point à un autre.

La relation par le système vasculaire est également facile à établir : plaie d'artère, ischémie et gangrène; fracture de jambe, embolie pulmonaire; piqûre du pied, adénite inguinale; plaie du doigt, abcès profond de l'avant-bras.

L'entremise du système nerveux, tout incontestable qu'elle soit, s'explique un peu moins aisément. Les physiologistes nous ont appris en effet la marche que suit l'irritation pour engendrer certains phénomènes distants; mais nous ignorons encore pourquoi cette irritation, partie du foyer traumatique, et parvenue aux centres nerveux par les nerfs sensitifs, va se réfléchir sur tel organe plutôt que sur tel autre; pourquoi dans le tétanos le masséter est contracturé le premier; pourquoi la piqûre de l'iris va faire contracter le diaphragme et l'estomac. Les phénomènes sympathiques anciennement admis et qui rentrent dans les actes réflexes sont aussi obscurs. On explique difficilement l'atrophie des testicules après une blessure de la nuque (Larrey), le priapisme succédant à l'application d'un séton dans la même région; l'ophthalmie sympathique, etc.

Il ne faut point admettre à la légère tous les faits de ce genre qui ont été cités; cependant il faut accepter, tout inexplicables qu'ils soient, ceux que l'observation démontre être vrais. On sait que Brown-Séquard provoque à volonté une attaque d'épilepsie chez un cobaye en blessant le nerf sciatique en un certain point (zone épileptogène) et d'une certaine façon. Depuis longtemps on connaissait une action en quelque sorte réciproque, je veux parler de la guérison de la névralgie sciatique par la cautérisation d'un point du pavillon de l'oreille, hélix ou tragus.

On a noté l'apparition d'une hydarthrose du genou à la suite des fractures du fémur ou d'affections diverses qui forcent à immobiliser le membre pendant un certain temps. On a donné de ce phénomène plusieurs explications; mais on peut dire que le mécanisme réel en est encore inconnu [1].

A la suite des lésions des nerfs cutanés des doigts, on voit parfois survenir de la raideur dans les articulations digitales d'abord, puis dans celles du poignet, du coude, et même de l'épaule. Cette raideur, d'après Benedikt, n'est pas due au repos, mais doit être considérée comme primitive et due à une action réflexe agissant sur les nerfs trophiques [2]. Cette explication aurait certainement besoin d'être plus complètement établie.

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE ET PRONOSTIQUE DES PHÉNOMÈNES DISTANTS

Lorsque, après une plaie de l'aisselle, les muscles extenseurs des doigts sont paralysés, on peut affirmer que le nerf radial est atteint. Si à la suite d'une plaie du cou on voit survenir des phénomènes analogues à ceux qu'à observés Claude Bernard en sectionnant le grand sympathique : rétrécissement de la pupille du côté lésé, rapprochement des paupières, calorification plus marquée dans la moitié correspondante de la face, on diagnostique sûrement une blessure du grand sympathique.

La présence du sucre dans l'urine, avec ou sans polydipsie, après une chute sur la tête, fera soupçonner une lésion de la paroi inférieure du quatrième ventricule.

Un enfant est tombé sur la hanche; quelque temps après survient une douleur vive au genou; si on ne sait pas que cette douleur est très fréquente dans la coxalgie au début, on pourra soigner longtemps l'articulation fémoro-tibiale sans amener de soulagement.

1. J'ai supprimé les développements dans lesquels M. Fichot discute les théories inacceptables de Teissier, de Volkmann et d'autres encore. En 1871, je n'acceptais ces explications qu'avec réserve; aujourd'hui je les rejette résolument. A mon sens, l'hydarthrose du genou à la suite des fractures est le résultat d'une simple propagation jusqu'à la jointure de la violence qui a fracturé l'os. La meilleure preuve est que cet épanchement s'observe souvent à la suite des fractures de jambe. La théorie qui attribue l'hydarthrose à l'immobilité ou à la reprise de l'exercice après l'immobilité est la moins acceptable de toutes. A. V. 1885.

2. *Schmidt's Jahrb.*, 1871, Bd. 5, p. 178.

Ces exemples montrent l'importance clinique des phénomènes distants. Mais ceux-ci ne sont pas moins intéressants au point de vue physiologique, car ils constituent souvent des expériences toutes faites qui permettent au patricien de contrôler les vivisections pratiquées sur les animaux. On peut citer à ce propos les effets des lésions traumatiques de la moelle épinière.

L'âge, la constitution, les maladies antérieures, les diathèses, les conditions de milieu et de température influent sur le pronostic des phénomènes distants. Ainsi l'ischémie après la ligature des grosses artères aura moins de chance de se terminer par la gangrène chez un jeune sujet que chez un vieillard, parce que les parois artérielles de ce dernier n'ayant plus l'élasticité et la souplesse du premier âge, la circulation collatérale s'établira plus difficilement.

La gangrène aura également plus de tendance à se produire chez un diabétique que chez un autre sujet. Chez un alcoolique blessé, on aura à redouter la congestion hépatique, le délirium tremens, etc.

En un mot, les phénomènes distants souvent très sérieux, tels que sphacèle, embolie, trismus, congestion viscérale, rétention d'urine, prendront une gravité d'autant plus grande que le sujet aura été atteint de maladies antérieures ou sera sous l'influence de dyscrasies diverses : syphilis, scrofule, cancer, diabète, etc.

DES ARTHRITES DU GENOU

CONSÉCUTIVES

A LA PHLÉBITE DE LA VEINE POPLITÉE[1]

J'ai déjà parlé des *arthrites du genou consécutives à la lymphangite du membre inférieur*[2]; je veux encore appeler l'attention sur des faits assez comparables, puisqu'il s'agit également d'inflammation de la synoviale du genou, de cause indirecte et de provenance vasculaire. Je veux, en d'autres termes, faire connaître des cas d'épanchements articulaires, séreux ou purulents, dans la jointure tibio-fémorale, survenus à la suite de phlébite spontanée et circonscrite de la veine poplitée.

La présente note n'a pas seulement pour but de signaler une variété particulière d'arthropathie, elle tend encore à compléter le cadre des affections des veines. En effet, si nous possédons de bons articles sur la thrombose, la phlébite, la phlébectasie, considérées en général, nous sommes moins avancés en ce qui concerne ce que je demande la permission d'appeler la nosographie topographique du système veineux, c'est-à-dire la description des phlébites, thromboses ou varices locales et limitées à certains districts de ce système. Déjà nous avons de petits chapitres intéressants sur les veines caves, porte, ophthalmique, jugulaire, azygos, et quelques autres encore, mais il y a des lacunes à combler, et c'est de l'une d'elles que je compte m'occuper ici.

J'ai observé les deux premiers cas de ce genre il y a bien des années et à peu d'intervalle; puis rien de semblable ne s'est plus offert à mes yeux. J'aurais donc pu oublier cette affection, mais elle

1. Leçon recueillie par M. Weiss, interne du service, et publiée dans la *Gazette médicale de Paris* du 5 avril 1879, p. 178.

2. Voir dans le présent volume, p. 538.

présente un cachet si spécial, qu'après onze ans et à première inspection, j'ai reconnu le type morbide.

Je me suis alors décidé à réunir au cas nouveau mes anciennes notes et à exposer le tout. Je ne ferai d'ailleurs nulle difficulté de reconnaître que la phlébite de la veine poplitée a été vue, et que la science renferme déjà des faits ayant avec les miens quelque ressemblance. Mais je crois que personne n'a tracé nettement et séparément le petit tableau pathologique suivant :

Obs. I. — Un jeune homme de trente ans environ, grand, bien bâti, et jouissant à l'ordinaire d'une bonne santé, fut admis à l'hôpital Lariboisière vers 1866 comme atteint d'hydarthrose du genou.

Le mal datait déjà de plus d'une semaine et s'était notablement amendé. Il avait débuté probablement à la suite d'un refroidissement, d'une manière brusque, et acquis d'emblée une grande intensité. Le malade s'était soigné chez lui par le repos et les cataplasmes; mais voyant que son genou restait volumineux et que la marche était très difficile, il s'était décidé à entrer à l'hôpital.

Je constatai, sans peine, la présence d'un épanchement articulaire considérable et remarquai en même temps un certain degré d'œdème occupant la jambe et toute la région du genou.

Le patient m'apprit que ce phénomène avait été beaucoup plus marqué au début et qu'il s'exagérait quand la jambe était pendante.

Cela attira aussitôt mon attention du côté des vaisseaux et me conduisit à examiner le creux poplité.

La palpation y était très douloureuse encore et y faisait percevoir un empâtement profond; c'était du reste précisément en ce point que les souffrances avaient débuté et acquis toute leur violence.

Je diagnostiquai, en conséquence, une hydarthrose symptomatique d'une phlébite de la veine poplitée. Je n'ai pas présent à l'esprit les moyens thérapeutiques que je mis en usage, mais je me souviens que la guérison s'effectua et que le malade quitta mon service avec un bas élastique.

La seconde observation est plus complète.

Obs. II. — Guyot, cinquante ans, matelassier, entre à Lariboisière le 23 décembre 1867.

La nuit précédente, il a été réveillé brusquement par une douleur vive au niveau du genou.

Le 24 au matin, voici ce que nous trouvons : articulation tuméfiée et remplie de liquide comme dans l'hydarthrose ; pied et jambe œdématiés ; réseau de veines dilatées sillonnant le pourtour de la jointure ; rougeur de la peau, sensibilité à la pression quand on cherche la fluctuation ; douleurs surtout très vives au niveau du creux poplité et constatation en ce point d'un cordon dur, rectiligne, du volume du doigt, remontant jusqu'à l'anneau du troisième adducteur.

L'état général est mauvais ; le malade est très maigre, d'apparence cachectique et en proie à la misère ; il tousse depuis longtemps ; à l'auscultation et à la percussion on reconnaît l'existence aux deux sommets, mais surtout à gauche, d'excavations tuberculeuses. Peau chaude, pouls petit et fréquent, douleur qu'exaspèrent les moindres mouvements du membre.

Je diagnostique une phlébite spontanée de la veine poplitée née sous l'influence de la cachexie tuberculeuse, comme cela s'observe d'ordinaire dans les veines du mollet. Le pronostic est grave.

Je prescris l'immobilisation du membre dans une gouttière, des onctions sur le genou avec l'onguent napolitain belladoné et des cataplasmes ; à l'intérieur les narcotiques.

Le 25, on n'observe d'amélioration ni dans l'état local ni dans l'état général. Le réseau veineux superficiel seul a disparu.

Autopsie. — Dans la veine saphène interne, caillot mou, noir, diffluent, de date très récente. La veine poplitée, à sa partie inférieure, renferme un caillot long de 2 centimètres, solide, déjà un peu décoloré, et tranchant ainsi par sa teinte avec des caillots plus mous, plus noirs, plus libres, en un mot plus récents, qui remplissent les veines articulaires, jumelles et tibiales postérieures. Ce caillot adhère assez fortement à la paroi veineuse, laquelle toutefois ne semble ni enflammée ni altérée d'une façon quelconque. La veine poplitée ainsi remplie n'a pas beaucoup augmenté de volume.

En ouvrant l'articulation on trouve, au lieu d'un épanchement synovial, une collection de pus séreux et mal lié.

Dans la cavité thoracique, pleurésie suppurée à gauche, simples adhérences anciennes à droite. Aux deux sommets, cavernes de petites dimensions. La rate est petite, le foie ne présente rien de remarquable.

Enfin voici l'histoire du dernier malade.

Obs. III. — *Phlébite spontanée de la veine poplitée droite. Arthrite aiguë du genou. Guérison.*

F..., quarante-trois ans, tourneur en bronze, entre à la Pitié le

3 janvier 1879. C'est un homme de haute taille, bien découplé, bien musclé, et qui a toujours joui d'une bonne santé, à peine troublée de temps en temps par de légères douleurs rhumatismales et par une syphilis à forme bénigne.

Le 26 décembre, sans cause connue, il a été pris au milieu de la nuit d'une douleur très violente dans le jarret droit, avec frisson intense et prolongé. Quelques frictions n'amenèrent point de soulagement et le reste de la nuit se passa sans sommeil. Le lendemain matin le genou était notablement gonflé.

Loin de s'amender, les symptômes locaux et généraux augmentèrent les jours suivants. Le 30 décembre, la jambe et le pied se tuméfient à leur tour. Fièvre, soif, anorexie, sensibilité extrême du genou, mouvements impossibles. F... entre à l'hôpital.

A la visite du 4 janvier voici ce que l'on observe : genou droit légèrement fléchi, très gonflé à sa partie antérieure comme dans l'hydarthrose aiguë ; constatation facile d'un épanchement abondant dans la jointure. Œdème considérable du pied, de la jambe, des téguments du genou et du tiers inférieur de la cuisse. Rien à la partie supérieure du membre, point d'adénopathie inguinale. Les mouvements sont gênés et pénibles. La pression n'est douloureuse ni au pied, ni à la jambe, ni à la partie antérieure du genou ; elle est pénible au niveau de l'insertion des ligaments latéraux comme dans toutes les hydarthroses. En revanche, et le patient appelle lui-même l'attention de ce côté, le moindre attouchement dans le jarret provoque de vives souffrances. Nous vérifions le fait et percevons aisément l'existence, dans le creux poplité, d'un cordon cylindrique du volume du petit doigt, affectant les rapports et la direction des vaisseaux poplités et très sensible au contact.

La sensibilité se prolonge en bas jusqu'à l'anneau du soléaire, en haut jusqu'à celui du troisième adducteur. La peau est pâle, sans traînées lymphatiques, sans dilatations veineuses récentes ou anciennes. On parvient à sentir les battements de la pédieuse, mais l'œdème masque ceux de la tibiale postérieure ; au pli de l'aine, la fémorale paraît légèrement indurée, comme si elle était déjà athéromateuse. A la simple inspection du membre et à la limitation de l'œdème, je fus frappé de la ressemblance de ce cas avec ceux que j'avais précédemment observés ; je soupçonnai donc l'existence d'une phlébite de la veine poplitée et formulai cette hypothèse que les explorations ultérieures devaient aussitôt confirmer.

La cause seule restait obscure. Le malade n'était point cachectique, n'avait pas été exposé à un froid trop intense ni à des fatigues

excessives. Aucune violence n'avait atteint la veine enflammée. Il ne restait que les antécédents rhumatismaux et l'existence possible d'un athérome de l'artère poplitée avec lésion de voisinage de la veine satellite.

Quoi qu'il en soit de l'étiologie, l'indication thérapeutique restait formelle. Le membre fut placé dans une gouttière sans être porté toutefois dans l'extension complète, cette attitude exerçant sur la veine poplitée une traction douloureuse. La gouttière, de son côté, fut placée un peu obliquement, de façon à ce que le pied fut plus élevé que le genou de quelques centimètres, et le genou aussi plus élevé que la cuisse. Frictions matin et soir avec l'onguent napolitain belladoné sur les parties antérieures et latérales de l'articulation; cataplasmes émollients en permanence. Régime léger, bouillons, potages, extrait thébaïque, un purgatif salin, etc.

Ces moyens calmèrent les douleurs, mais la fièvre persista plusieurs jours encore, le thermomètre montant le soir à 39°, 4.

Au bout de trois jours, il fallut suspendre les frictions mercurielles, à cause d'une salivation commençante qui fut du reste rapidement arrêtée par le chlorate de potasse.

Le 15 janvier, amélioration sensible. L'œdème du pied, de la jambe et de la cuisse avait disparu; l'hydarthrose seule persistait. On ne voyait, en aucun point du membre, les dilatations veineuses superficielles indiquant le rétablissement de la circulation collatérale.

On pouvait croire la guérison assurée quand, vers la fin du mois, survint une recrudescence locale assez inquiétante. Le genou se tuméfia considérablement et devint douloureux au toucher dans toute son étendue. La fièvre, le malaise reparurent, et nous pûmes craindre la suppuration de la jointure. Des vésicatoires volants, les badigeonnages iodés, le sulfate de quinine à l'intérieur, conjurèrent le danger, et à partir du 15 février le mal alla en décroissant.

Dans les premiers jours de mars, on remplaça la gouttière par des attelles plâtrées assurant l'immobilité du membre, mais permettant au malade de se mouvoir plus aisément dans son lit.

La santé générale se rétablit et les douleurs disparurent. Toutefois, le genou resta légèrement empâté. On pouvait faire exécuter à la rotule quelques petits mouvements latéraux laissant espérer pour plus tard le retour de la mobilité normale.

Le malade commença à se lever sur une chaise, puis marcha avec des béquilles; les attelles plâtrées furent laissées quelque temps en place. On n'aperçoit encore de varices en aucun point du membre.

Ainsi que je le disais en commençant, tous ces cas présentent une grande ressemblance et des caractères assez constants pour rendre le diagnostic facile.

L'aspect particulier du membre est d'ailleurs très aisé à expliquer, en l'absence même d'autopsie. La veine poplitée reçoit presque toutes les veines articulaires et périarticulaires, en même temps que toutes les veines profondes du tiers inférieur de la cuisse, de la jambe et du pied, d'où, en cas d'oblitération de ce vaisseau, l'hydropisie articulaire, l'œdème sous-cutané du genou et de la partie voisine de la cuisse, l'œdème total de la jambe et du pied.

Cette limitation brusque du gonflement au milieu de la cuisse est peut-être le fait le plus saillant, celui qui attire le plus l'attention ; on conçoit cependant que si la thrombose s'étendait en haut dans la fémorale, on pourrait méconnaître le point de départ de l'œdème et croire à une *phlegmatia alba dolens*. Ce gonflement caractéristique se dissipe après quelques jours de repos.

Le second symptôme important est la douleur spontanée ou provoquée, ressentie dans le jarret et très nettement indiquée par les malades eux-mêmes. Au début, et tant qu'il ne s'agit que d'un épanchement séreux, la partie antérieure du genou n'est point douloureuse. Le pied et la jambe, si gonflés qu'ils soient, ne le sont pas davantage. Chez le sujet de l'observation III, la pression sur le trajet des vaisseaux était douloureuse encore au niveau de l'anneau du troisième adducteur, point où s'arrêtait sans doute la phlébite.

L'invasion du mal a été brusque dans tous les cas, et deux fois s'est faite au milieu de la nuit. Les souffrances ont acquis aussitôt une grande intensité. Elles ont disparu assez vite dans la première observation, mais ont beaucoup persisté dans la troisième. A la vérité, la transformation de l'hydarthrose en arthrite aiguë a contribué à la ténacité des douleurs.

L'œdème est moins tenace, puisque dans deux cas il a disparu assez rapidement, sans doute parce que la circulation collatérale s'est rétablie par les saphènes interne et externe.

L'hydarthrose est en revanche beaucoup plus rebelle, mais on sait que les séreuses abandonnent moins facilement que le tissu conjonctif les liquides qui s'y accumulent.

Je ne puis évidemment, avec le peu de faits dont je dispose, donner une description plus complète de la phlébite poplitée, ni faire connaître son pronostic; elle me paraît toutefois constituer une affection assez sérieuse, abstraction faite même du cas où la mort a été causée par la cachexie. Mon premier malade, il est vrai,

a guéri en quelques semaines, mais le troisième, sur le sort duquel j'ai été longtemps inquiet, entré le 3 janvier, n'est sorti de son lit pour s'asseoir dans un fauteuil que le 15 mars; pour reprendre l'usage de son membre il lui faudra certainement plusieurs mois.

De plus, une complication ultérieure est menaçante : je veux parler du développement de varices à la jambe. Comme les veines thrombosées par inflammation ne redeviennent sans doute jamais perméables, l'oblitération de la poplitée persiste et amène tôt ou tard, mais fatalement, la phlébectasie des veines profondes de la jambe d'abord, puis des réseaux superficiels ensuite.

Je dois à l'obligeance de M. Védrènes, mon distingué collègue à la Société de chirurgie, d'avoir pu examiner tout récemment un malade qui paraît avoir été atteint jadis de phlébite poplitée et qui, après plusieurs années, est fort incommodé par des varices et un œdème notable de toute la partie inférieure du membre. Voici les quelques notes que j'ai recueillies sur ce cas intéressant.

Obs. IV. — *Oblitération de la veine poplitée gauche, survenue dans le cours d'une affection aiguë; varices consécutives de la jambe.*

Aymar, vingt-trois ans, artilleur, est un garçon robuste, bien constitué, qui ne porte aucun vice constitutionnel ou diathésique, acquis ou héréditaire, et ne paraît point être rhumatisant.

A l'âge de dix-sept ans, il y a par conséquent six ans, il fut pris d'un refroidissement à la suite duquel il ressentit un violent point de côté, une fièvre vive, tous les symptômes enfin d'une affection aiguë. Il resta cinq semaines au lit et, pendant la convalescence, il éprouva subitement une douleur violente dans le creux poplité; la jambe gauche augmenta rapidement de volume; l'articulation fut elle-même le siège d'un gonflement notable, mais l'œdème n'a jamais dépassé la partie supérieure du genou. L'affection aiguë était guérie, mais la complication le tint encore deux ou trois mois au lit, et lorsqu'au bout de ce temps il put reprendre ses occupations, la jambe resta toujours empâtée; la marche un peu prolongée amenait de l'œdème autour des malléoles.

Ces désordres circulatoires diminuaient peu à peu lorsque vers le mois d'août 1878, le malade fut atteint d'une fièvre typhoïde dont il est aujourd'hui complètement guéri, mais qui accrut momentanément la douleur vague qu'il éprouvait dans les mouvements de la jambe et l'œdème de l'extrémité inférieure du membre. Depuis lors la

jambe gauche conservant un volume plus considérable est devenue le siège d'une gêne continuelle.

Actuellement cette jambe est environ d'un cinquième plus volumineuse que la droite, et occupée par un œdème chronique ; la masse musculaire du mollet est peu douloureuse à la pression ; dans le creux poplité on sent un gros cordon indolent aujourd'hui, douloureux au début, qui évidemment est formé par les vaisseaux poplités. Quelques veines superficielles dilatées rampent sous la peau et témoignent de la gêne de la circulation veineuse profonde. La température de la jambe paraît normale à la main ; la sensibilité au toucher, à la température, est inférieure à celle du côté opposé.

Après une marche prolongée, le malade accuse une fatigue de ce côté, quelques fourmillements et un léger engourdissement.

Il s'agit évidemment dans ce cas d'une oblitération plus ou moins complète de la veine poplitée, survenue dans la convalescence d'une maladie aiguë et ayant déterminé consécutivement l'apparition de varices profondes.

Les causes de la phlébite poplitée sont fort obscures. Les violences extérieures n'ont été notées que dans un cas ; l'état cachectique n'est intervenu qu'une fois. Si je compte l'artilleur, trois sujets jeunes et bien portants auraient été atteints d'une façon tout à fait spontanée et imprévue, et dans le meilleur état de santé.

J'ai noté quelques antécédents rhumatismaux chez F... (Obs. III) ; la phlébite goutteuse et rhumatismale a été admise par divers auteurs (James Paget, Lelong et d'autres) ; mais je conviens que cette étiologie est toute à faire.

En ce qui concerne le traitement, les indications sont fort simples : repos du patient, immobilisation du membre dans l'extension, qu'on évitera de rendre extrême, et sur un plan incliné. Applications résolutives ou révulsives, si l'hydarthrose est simple ; au contraire, s'il y a arthrite, antiphlogistiques, narcotiques, émollients et régime général des maladies aiguës.

Plus tard, compression méthodique du membre avec un bas lacé élastique. Rappelons que dans le cas où la douleur au niveau de l'anneau du troisième adducteur indiquait la propagation de la phlébite jusqu'au voisinage immédiat de la veine fémorale, j'ai fait appliquer un vésicatoire volant sur le point douloureux dans l'espoir d'arrêter la marche ascendante de la thrombose, et que le résultat cherché semble avoir été obtenu.

ENCORE L'ÉRYSIPÈLE

A LA CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ

Dans une note rédigée en novembre 1885 et qu'on peut lire à la page 603 de ce volume, j'annonçais que depuis la cessation des deux petites épidémies de janvier et février 1885, l'érysipèle avait disparu de mes salles, ce que j'attribuais surtout à ce qu'aucun cas n'avait été reçu venant du dehors.

Or, à peine la feuille où se trouvait cette note était-elle imprimée, que la maladie reparaissait dans mon service et atteignait deux opérés.

Le premier, vieillard vigoureux en apparence, âgé de soixante-quatre ans, était couché à la salle Michon, n° 1, depuis le 5 novembre, pour une ostéite du calcanéum survenue sans cause connue quatre mois auparavant. A l'entrée, nous constatons un gonflement considérable de l'arrière-pied, avec plusieurs trajets fistuleux en différents points du talon. — La jambe de ce côté était couverte de vieilles cicatrices d'ulcères variqueux. Soupçonnant une ostéite spécifique, je prescris l'iodure de potassium qui amène une grande amélioration, mais comme l'exploration fait reconnaître au fond des fistules des parties osseuses malades, je pratique le 5 décembre une petite opération.

J'agrandis les orifices fistuleux avec le thermo-cautère, j'extrais deux petits séquestres superficiels et vais chercher dans la profondeur un troisième fragment nécrosé du volume d'une petite noisette.

Lavage soigné des plaies superficielles et profondes. Drainage, pansement à l'iodoforme, enveloppement du pied avec l'ouate et le taffetas gommé.

Tout va bien jusqu'au 8 décembre, mais ce jour-là, la température

ayant brusquement baissé et la neige tombant, ce qui au dire du patient le rend toujours malade, le thermomètre monte le soir à 39°,8, avec frissons et nausées.

Le lendemain 9, rougeur autour des plaies du talon, remontant sur le côté externe de la jambe, avec adénopathie inguinale douloureuse. Nous hésitons un peu entre l'érysipèle et la lymphangite; mais les jours suivants, nous nous prononçons pour le premier qui envahit bientôt tout le membre inférieur, jusques et y compris le pli de l'aine.

Cependant la fièvre tombe, l'état général s'améliore vers le 13, et malgré la présence d'une quantité notable d'albumine dans l'urine, nous ne concevons pas grande inquiétude, lorsque, le 14, la température remonte en même temps que la rougeur érysipélateuse gagne la fesse et le tronc. En même temps, abattement considérable, sécheresse de la langue, inappétence absolue. Tous ces symptômes vont en s'aggravant; du délire survient dans la nuit du 18 et le malade succombe le lendemain.

L'autopsie faite avec soin par M. Nepveu révéla les lésions suivantes : cœur graisseux; aorte légèrement athéromateuse; valvules sygmoïdes insuffisantes; foie cardiaque; rate tuméfiée et ramollie comme dans les septicémies; reins granuleux à la superficie et à la coupe; à l'examen microscopique, lésions très marquées de la néphrite interstitielle ancienne. Dans quelques canalicules même, on retrouve manifestement les microbes de l'érysipèle.

Pas de suppuration dans les téguments envahis par l'érysipèle ni dans les grands lymphatiques du membre[1].

Le second opéré, couché dans la même salle Michon, presqu'en face du précédent, était entré le 1er décembre pour un épithélioma hybride (syphilico-épithélial) de la lèvre inférieure avec adénopathie sous-maxillaire.

Le 11 décembre, c'est-à-dire trois jours après le début du précédent érysipèle, ablation, d'ailleurs fort simple, du néoplasme et des ganglions; réunion de la plaie de la lèvre avec le crin de Florence; pansement ouvert de la plaie sous-hyoïdienne avec l'iodoforme.

Le 12, ascension subite de la température à 39°,2, et apparition

1. Ces lésions rénales fort anciennes et tout à fait latentes lorsque le malade est entré dans mon service, avaient peut-être eu pour origine la première suppuration contemporaine des ulcères de la jambe; la nouvelle opération les a réveillées et aggravées et elles ont à leur tour rendu plus grave le pronostic de l'érysipèle.

simultanée d'une rougeur, partie de la plaie et qui s'étend déjà assez loin sur le visage.

Le 13, les joues, le nez, l'oreille, sont envahis; on institue la pulvérisation phéniquée qui amène la chute de la température et semble arrêter la marche de l'exanthème. Tout paraissait fini le 20, lorsque le 21 survint une courte rechute, caractérisée par une nouvelle élévation brusque de la température qui atteint 40° et la réapparition d'une plaque de rougeur érysipélateuse sur la joue.

Le 25 décembre, tout était terminé, sauf une adénite inflammatoire dans la région sus-hyoïdienne du côté opposé à l'opération.

Aujourd'hui, 5 février 1886, aucun cas nouveau ne s'est produit.

Le seul intérêt de ces cas réside dans leur origine, et encore le second ne mérite-il point de nous arrêter; le malade qui en est l'objet a été manifestement contaminé le jour même de son opération par son voisin, qui était au troisième jour d'un érysipèle, lequel était par conséquent dans toute son intensité.

Le premier érysipèle serait naturellement rangé dans la catégorie des cas intérieurs, puis qu'il ne venait pas du dehors ; mais alors il faudrait admettre qu'il existait des germes dans la salle Michon elle-même, bien que celle-ci fut indemne depuis près de dix mois.

Peut-être pourrait-on trouver une étiologie plus acceptable. En effet, si notre service de chirurgie était débarrassé depuis longtemps de l'épidémie et même de l'endémie, il n'en était point de même des autres services de l'hôpital et en particulier des salles de médecine. En effet, l'enquête à laquelle je me suis livré et qui porte seulement sur les deux services de mes collègues et amis MM. Brouardel et Dumontpallier, montre que l'endémie y a existé sans interruption pendant toute l'année. Dans les salles de M. Dumontpallier, il y a eu, du mois de janvier au mois d'août, six cas aux dates suivantes : 17 janvier, 3 mars, 21 avril, 1er juillet, 24 juillet, 21 août[1].

De même, dans le service de M. Brouardel, on a noté pendant l'automne neuf cas (ce qui constitue presque une petite épidémie) aux dates suivantes : 8 septembre, 28 septembre, 6 octobre, 10 novembre, 17 novembre, 24 novembre, 7 décembre, 14 décembre.

Ce relevé me fait supposer que le cas prétendu intérieur apparu dans mon service était dû à la contagion des salles de médecine, plutôt qu'à un développement des germes contenus dans la salle

1. Le relevé exact s'arrête à cette date.

Michon : ce qui conduirait par parenthèse à modifier la classification dichotomique des cas en intérieurs et extérieurs : on admettrait une troisième catégorie pour les cas nés dans l'hôpital et *intérieurs* par ce fait, mais provenant d'une autre salle, et alors *extérieurs* par rapport à la salle où l'éclosion a eu lieu.

Il me reste à faire une dernière remarque à l'adresse des chirurgiens qui croient se débarrasser de l'érysipèle en les envoyant simplement dans les salles de médecine. Cette mesure a tout bonnement pour résultat d'infecter ces salles, qui rendent au bout d'un certain temps le poison aux chirurgiens. On comprend que tout ceci n'existerait pas si nos édiles nous donnaient enfin des salles d'isolément au lieu de réclamer sans cesse la séparation de l'Église et de l'État ou la création d'une mairie centrale, ce qui sans doute ne diminuera pas beaucoup la mortalité parisienne.

FIN

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE.

PRÉFACE I

Le Discours de Grenoble III

Appréciation de ce discours, par M. Dechambre XXIX

Réponse de M. Verneuil XXXII

De l'hystérectomie appliquée au traitement des tumeurs fibreuses XXXIV

Leçon d'ouverture de la clinique chirurgicale de la Pitié le 3 novembre 1885. XXXIX

INTRODUCTION 1

DE LA PULVÉRISATION PROLONGÉE OU CONTINUE comme procédé de la méthode antiseptique 2

Bain antiseptique continu 36

Note sur un cas de pyohémie sporadique, par M. le Dr Tuffier 44

Appendice, par M. Verneuil 51

DÉFINITION ET CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES LÉSIONS TRAUMATIQUES 59

De la méso-histologie normale et pathologique 78

Note sur un point de traumatologie : De l'exposition des éléments anatomiques blessés à des contacts anormaux; changements mésologiques de ces éléments 85

Considérations sur le siège des lésions traumatiques ; proposition d'une classification nouvelle, par M. le Dr R. Mascarel 98

Des lésions traumatiques cavitaires, par M. le Dr Mouronval 110

De l'action différente exercée sur les tissus par les fluides physiologiques ou pathologiques, suivant qu'ils sont normaux ou altérés 118

DES PLAIES CAVITAIRES 136

De la fièvre consécutive aux plaies cavitaires et de l'application de la méthode antiseptique au traitement des plaies des cavités muqueuses, par M. le Dr Jeannel 137

Plaies de la bouche, p. 162; — de l'estomac, de l'œsophage et de l'intestin, p. 176; — du rectum, p. 179; — de la vessie et de l'urèthre, p. 205; de l'utérus et du vagin, p. 211; — conclusions 220

Association des procédés antiseptiques dans le poly-traumatisme et dans les plaies cavitaires 224

ÉTUDE CLINIQUE SUR LA FIÈVRE PRIMITIVE DES BLESSÉS, par M. le Dr Maunoury..... 229
Ce qu'il faut entendre par le mot de fièvre traumatique, p. 231; — fièvre consécutive au traumatisme des tissus altérés, p. 263; — action des pansements, p. 270; — conclusions..... 274
De la fièvre traumatique à la campagne..... 275
DE LA FIÈVRE TRAUMATIQUE ET DES FIÈVRES ÉPITRAUMATIQUES; de leur diagnostic au lit du malade..... 277
DE L'INFLUENCE DES MALADIES INTERCURRENTES SUR LE TRAUMATISME, par M. le Dr Dunoyer..... 306
Menstruation, p. 310; — embarras gastrique, p. 313; — angines, p. 321; — pneumonie et pleurésie, p. 328; — néphrite, p. 332; — scarlatine, p. 334; — rougeole, p. 347; — variole, p. 352; — fièvre typhoïde..... 363
Influence de la suppuration prolongée sur la forme hémorrhagique de la scarlatine, par M. le Dr Bertin..... 369
DES ÉRUPTIONS CUTANÉES CHIRURGICALES..... 374
De l'herpès traumatique..... 375
Des symptômes cutanés dans la pyohémie..... 404
Des éruptions cutanées après les opérations et dans le cours des affections septicémiques chirurgicales, par M. Tremblez..... 412
Des éruptions cutanées survenant dans le cours des affections chirurgicales, par M. le Dr Tremblez..... 438
Appendice..... 471
QUELQUES POINTS RELATIFS A L'ÉRYSIPÈLE TRAUMATIQUE..... 485
Érysipèle de la face. — De l'immunité de la région mentionnière pour l'érysipèle..... 489
De l'élévation brusque de la température comme prodrome de l'érysipèle traumatique..... 493
Causes et mécanisme des érysipèles précoces; identité de nature de l'angéioleucite et de l'érysipèle..... 502
Érysipèle soudain ou par auto-inoculation, par M. A. Dehenne..... 509
De l'érysipèle comme cause de stéatose viscérale et des érysipèles successifs. 521
De l'érysipèle à distance, par M. le Dr Barbanneau..... 526
De l'arthrite et de l'hydarthrose du genou consécutives à la lymphangite du membre inférieur..... 536
L'érysipèle et la méthode antiseptique..... 545
De la diminution de l'érysipèle à la clinique chirurgicale de la Pitié, p. 546; — de la persistance..... 555
Notes justificatives; cas d'érysipèle en 1877, 1878, 1880, 1883..... 562
Discussion à l'Académie, p. 569; — réplique, p. 571; — conclusions..... 580
Relation des deux épidémies d'érysipèle observées à la clinique chirurgicale de la Pitié en 1885..... 582
De l'érysipèle en province..... 604
Note de M. le Dr Taguet, p. 606; — de M. le Dr Lardier, p. 607; — de M. le Dr Vendrand, p. 613; — de M. le Dr Chatain, p. 615; — de M. le Dr Duvernay, p. 616; — de M. le Dr Bruneau, p. 619; — de M. le Dr Bourdy, p. 621; — de M. le Dr Ricochon, p. 622; — de M. le Dr Lecler, p. 627; — de M. le Dr Regnier..... 627
Des relations de l'érysipèle avec les affections rénales, p. 630; par M. le Dr Revouy, p. 630; par M. le Dr Maldant..... 640

Sur les érysipèles à répétition. — De l'influence des érysipèles antérieurs sur les blessures (1882)..... 653
Pathogénie des érysipèles à répétition (1885)..... 664
De la forme hémorrhagique de l'érysipèle..... 689
De l'érysipèle dans les hôpitaux de Londres, par M. le Dr L.-H. Petit..... 697
Pseudo-érysipèle en cas de rétention lymphatique..... 709
Pronostic de l'érysipèle..... 712
Quelques mots sur le traitement de l'érysipèle..... 729
Traitement interne, p. 732; — traitement par le jaborandi, note de M. Dave. 734
Emploi de la pulvérisation antiseptique prolongée dans l'érysipèle, p. 737; — dans les brûlures..... 746
De l'inoculation de l'érysipèle comme moyen curatif des tumeurs..... 754
Des phénomènes a distance, par M. le Dr Fichot..... 761
Des arthrites du genou consécutives a la phlébite de la veine poplitée. 776
Encore l'érysipèle a la clinique chirurgicale de la Pitié..... 785

N. B. — Divers travaux annoncés au cours de ce volume comme devant en faire partie n'ont pû y prendre place, par exemple les thèses de MM. Bouilly, Loison, Dehenne, mes articles *Commotion* et *Contusion* du *Dictionnaire encyclopédique*, etc. Nous avons dû les réserver pour un prochain volume.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

Bourloton. — Imprimeries réunies, B.

A LA MÊME LIBRAIRIE

Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux, par M. L. OLLIER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut (Académie des sciences), membre associé de l'Académie de médecine, membre correspondant de la Société de chirurgie.

Tome I. INTRODUCTION. — *Résections en général.* 1 vol. grand in-8, avec 127 figures..... 16 fr.

Précis de Manuel opératoire, par M. L.-H. FARABEUF, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques. 2e édition, entièrement refondue et augmentée des résections. 1 vol. in-8, avec 600 figures dans le texte..... 15 fr.

Traité élémentaire de pathologie externe, par MM. E. FOLLIN et SIMON DUPLAY. L'ouvrage complet formera 7 vol. grand in-8, avec figures dans le texte.

Le 1er vol. est vendu..... 10 fr.
Le 2e vol. est vendu..... 13 fr.
Chacun des autres volumes..... 16 fr.
Les six premiers vol. et deux premiers fascicules du tome VII sont en vente.

Manuel de pathologie externe, par MM. les docteurs RECLUS, KIRMISSON, PEYROT, BOUILLY, professeurs agrégés à la Faculté de médecine. 4 vol. petit in-8.

I. — *Maladies communes à tous les tissus, maladies des tissus,* par M. PAUL RECLUS.
II. — *Maladies des régions.* Tête et rachis, par le docteur KIRMISSON.
III. — *Maladies des régions.* Cou, poitrine, abdomen, par M. le docteur PEYROT.
IV. — *Maladies des régions.* Organes génito-urinaires, membres, par M. le docteur BOUILLY.
Chaque volume est vendu..... 10 fr.

Atlas d'anatomie, par les docteurs PAULET et SARRAZIN, texte par M. PAULET. Cet atlas (de 164 planches tirées en couleur sur papier teinté, accompagnées d'un texte explicatif en regard) forme 2 vol. grand in-8, jésus; le texte forme 2 vol. in-8.

Prix de l'ouvrage complet..... 176 fr.
Avec une demi-reliure en maroquin..... 192 fr.

Clinique et critique chirurgicale, par le docteur P. RECLUS. 1 vol. in-8..... 10 fr.

Les eaux minérales dans les affections chirurgicales, emploi et indications, lésions traumatiques, scrofule et tuberculose locale, syphilis, maladies cutanées, par le docteur EUGÈNE ROCHARD, médecin de 1re classe de la marine, avec une préface de M. JULES ROCHARD, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général du service de santé de la marine. 1 vol. in-18 de la collection diamant. Cartonné à l'anglaise..... 5 fr.

Manuel de pathologie interne, par le docteur DIEULAFOY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, lauréat de l'Institut (prix Montyon). 2 vol. in-18 diamant, cartonnés à l'anglaise..... 12 fr.

Dictionnaire usuel des sciences médicales, par les docteurs A. DECHAMBRE, MATHIAS DUVAL et L. LEREBOULLET. 1 vol. très grand in-8 de 1760 pages, imprimées en 2 colonnes, avec 400 figures dans le texte..... 25 fr.
Avec demi-reliure maroquin..... 30 fr.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, publiés par les soins de MM. les secrétaires de la Société, paraissant le 5 de chaque mois. Ce recueil forme chaque année 1 vol. grand in-8 d'environ 800 pages.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL.

Paris..... 18 fr.
Départements..... 20 fr.
Union postale..... 22 fr.

BOURLOTON. — Imprimeries réunies, B.

JUN 9 1886

(Oct., 1885, 20,000)

BOSTON PUBLIC LIBRARY.

One volume allowed at a time, and obtained only by card; to be kept 14 days (or seven days in the case of fiction and juvenile books published within one year,) without fine; not to be renewed; to be reclaimed by messenger after 21 days who will collect 20 cents besides fine of 2 cents a day, including Sundays and holidays; not to be lent out of the borrower's household, and not to be transferred; to be returned at this Hall.

Borrowers finding this book mutilated or unwarrantably defaced, are expected to report it; and also any undue delay in the delivery of books.

...n be established because of the failure of any ...n the Library, through the mail.

...must not be made or altered by borrower.